

福岡県医師会第 867 号（地）
平成 27 年 6 月 18 日



各 医 師 会 長 殿

公益社団法人 福岡県医師会
会長 松 田 峻 一 良
(公 印 省 略)

平成 27 年度（第 44 回）福岡県医師会臨床検査精度管理調査について（ご案内）

時下 貴職ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

臨床検査は、どこの施設で行っても限りなく同じ値が出るよう、精度をあげることが重要であります。また、恒常的に高いレベルを維持するために、毎年、本会におきまして精度管理調査を実施し、その結果をもとに研修会を実施いたしております。特に、平成 8 年度からは、県内検査の検査値の標準化に努めているところであります。

今年度も、標記精度管理調査を昨年度同様に、県内施設一括して九州臨床検査精度管理調査に参加し、福岡県独自の解析を行いますので、多数ご参加いただきますようご案内申し上げます。

なお、県下病院や例年参加頂いている施設には、本会より直接ご案内しておりますことを申し添えます。

【お問合せ先】

（公社）福岡県医師会地域医療課

担当：佐藤

T E L 092－431－4564

F A X 092－411－6858

平成 27 年度（第 44 回）

福岡県医師会臨床検査精度管理調査

【調査方法】 福岡県医師会で県内施設を一括して九州臨床検査精度管理調査に参加する。

【参加資格】 臨床検査に関係する病院・診療所・保健福祉環境事務所・衛生検査所等

【申込み締切】 7 月 31 日（金）

※別紙参加申込書に必要事項を記入のうえ、FAX（092-411-6858）にてお申し込みください。

【参加費】 27,000円 ※EIA・RIA参加の場合はプラス10,000円。

（EIA・RIAのみを参加される場合の料金は37,000円です。）

【振込み締切】 7 月 31 日（金）

※下記口座へ郵便振替票（見本参照）又は電信扱いでご入金をお願い致します。

（振込手数料は各施設でご負担願います）

※郵便振替口座番号：01780-6-96047

加入者名：公益社団法人 福岡県医師会

【試料発送日】 平成 27 年 9 月 2 日（水）（クール宅急便で直接各施設へ発送）

※事務局からの試料発送日であって各施設への到着日ではありません。

【結果研修会】 平成 28 年 2 月 21 日（日）14：00

九州大学百年講堂（福岡県独自のデータ解析を行ないます。）

※九州臨床検査精度管理研究会発表会：同日の午前中に同会場で開催。

※詳細につきましては、九州臨床検査精度管理研究会からの案内をご参照ください。

【調査項目】

[生化学]

- | | | | |
|--------------------|--------------------|-----------------------|---------------|
| 1) ブドウ糖 | 2) 総コレステロール | 3) HDLコレステロール | 4) LDLコレステロール |
| 5) 中性脂肪 | 6) クレアチニン | 7) 尿酸 | 8) 尿素窒素 |
| 9) 総ビリルビン | 10) 直接ビリルビン | 11) 無機リン | 12) 鉄 |
| 13) カルシウム | 14) ナトリウム | 15) カリウム | 16) クロール |
| 17) マグネシウム | 18) ALP | 19) γ -GT | 20) AST (GOT) |
| 21) ALT (GPT) | 22) CK | 23) AMY | 24) LD |
| 25) ChE | 26) 総蛋白 | 27) アルブミン | 28) 蛋白分画 |
| 29) ヘモグロビン | 30) 尿 (尿蛋白・尿糖・尿潜血) | 31) HbA _{1c} | |
| 32) CRP | 33) IgG | 34) IgA | 35) IgM |
| 36) C ₄ | 37) C ₃ | 38) RF | 39) 血算項目 |

[免疫血清]

- | | | |
|-----------|-----------|--------|
| 40) HBs抗原 | 41) HCV抗体 | 42) 梅毒 |
|-----------|-----------|--------|

[EIA・RIA]

- | | | | |
|------------|------------------|---------------------|---------------------|
| 43) CEA | 44) AFP | 45) CA19-9 | 46) PSA |
| 47) CA125 | 48) TSH | 49) FT ₃ | 50) FT ₄ |
| 51) インシュリン | 52) β_2 -M | 53) IgE | 54) フェリチン |

[輸血]

- 55) 血液型

[微生物]

- | | |
|----------|---------|
| 56) 分離同定 | 57) 感受性 |
|----------|---------|

[血液凝固]

- | | | |
|--------|----------|--------------|
| 58) PT | 59) APTT | 60) フィブリノーゲン |
|--------|----------|--------------|

【福岡県臨床衛生検査技師会サーベイのご案内】

福岡県臨床衛生検査技師会では、臨床化学検査の標準化を目指す年間10回のサーベイが行われています（年会費3,000円）。

サーベイの申し込み・お問合せは、福岡県臨床検査技師会 満屋 真佐信（福岡赤十字病院検査部、Tel 092-521-1211、fax 092-523-6197）へ直接ご連絡下さい。

（※注）本臨床検査精度管理調査とは異なります。

本調査についてのお問い合わせは福岡県医師会地域医療課（092-431-4564）までお願い致します。

請求書発行を希望される場合、本申込書とともに別紙請求書発行申込書をお送りください。

送付先：福岡県医師会 地域医療課 宛

FAX：092-411-6858

福岡県医師会臨床検査精度管理調査

参加費請求書発行申込書

下記の通り、請求書の発行を希望します。

施設名：_____

請求書宛名：_____ 肩書：_____

金額： 円 _____

請求書送付先住所

〒 _____

封筒宛先 部署名：_____ 受取人氏名：_____

T E L： _____ - _____ - _____

※請求書の日付：下記のうち希望するものに○を付けてください。

空欄希望 ・ 日付指定（平成 年 月 日） ・ 発行日で記入可

福岡県医師会共通基準範囲(平成26年7月改定)

項目名称	項目	単位	共用基準範囲			臨床判断値		
				下限	上限	下限	上限	
白血球数	WBC	10 ³ /μL		3.3	8.6			
赤血球数	RBC	10 ⁶ /μL	M	4.35	5.55			
			F	3.86	4.92			
ヘモグロビン	Hb	g/dL	M	13.7	16.8			
			F	11.6	14.8			
ヘマトクリット	Ht	%	M	40.7	50.1			
			F	35.1	44.4			
平均赤血球容積	MCV	fL		83.6	98.2			
平均赤血球色素量	MCH	pg		27.5	33.2			
平均赤血球色素濃度	MCHC	g/dL		31.7	35.3			
血小板数	PLT	10 ³ /μL		158	348			
総蛋白	TP	g/dL		6.6	8.1			
アルブミン	ALB	g/dL		4.1	5.1			
グロブリン	GLB	g/dL		2.2	3.4			
アルブミン、グロブリン比	A/G			1.32	2.23			
尿素窒素	UN	mg/dL		8	20			
クレアチニン	CRE	mg/dL	M	0.65	1.07			
			F	0.46	0.79			
尿酸	UA	mg/dL	M	3.7	7.8		7.0	日本プリン・ピリミジン代謝学会コンセンサスカンファレンス(1996)
			F	2.6	5.5			
ナトリウム	Na	mmol/L		138	145			
カリウム	K	mmol/L		3.6	4.8			
クロール	Cl	mmol/L		101	108			
カルシウム	Ca	mg/dL		8.8	10.1			
無機リン	IP	mg/dL		2.7	4.6			
グルコース	GLU	mg/dL		73	109		109	糖尿病診療ガイドライン2013
中性脂肪	TG	mg/dL	M	40	234		149	動脈硬化性疾患診療ガイドライン2012年版
			F	30	117			
総コレステロール	TC	mg/dL		142	248		219	動脈硬化性疾患診療ガイドライン2007年版
HDL-コレステロール	HDL-C	mg/dL	M	38	90	40		動脈硬化性疾患診療ガイドライン2012年版
			F	48	103			
LDL-コレステロール	LDL-C	mg/dL		65	163		139	
総ビリルビン	TB	mg/dL		0.4	1.5		1.2	専門医との協議による
アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ	AST	U/L		13	30			
アラニンアミノトランスフェラーゼ	ALT	U/L	M	10	42		30	専門医との協議による
			F	7	23			
乳酸脱水素酵素	LD	U/L		124	222			
アルカリホスファターゼ	ALP	U/L		106	322			
γ-グルタミルトランスぺプチダーゼ	γGT	U/L	M	13	64			
			F	9	32			
コリンエステラーゼ	ChE	U/L	M	240	486			
			F	201	421			
アミラーゼ	AMY	U/L		44	132			
クレアチン・ホスホキナーゼ	CK	U/L	M	59	248			
			F	41	153			
C反応性蛋白	CRP	mg/dL		0.00	0.14			
鉄	Fe	μg/dL		40	188			
免疫グロブリン	IgG	mg/dL		861	1747			
免疫グロブリン	IgA	mg/dL		93	393			
免疫グロブリン	IgM	mg/dL	M	33	183			
			F	50	269			
補体蛋白	C3	mg/dL		73	138			
補体蛋白	C4	mg/dL		11	31			
ヘモグロビンA1c	HbA1c	%(NGSP)		4.9	6.0			

払込取扱票

振替払込請求書兼受領証

00											
口座記号					口座番号					金額	
0	1	7	8	0	6		9	6	0	4	7
加入者名 公益社団法人 福岡県医師会										参加費額を記入	
平成27年度福岡県医師会臨床検査精度管理調査【参加費】 ●●● (施設名)											
通信欄・ご依頼人										施設No. ●●●	
貴施設情報を記入										日 附 印	
(ご連絡先電話番号)											

各票の※印欄は、ご依頼人様において記載してください。
裏面の注意事項をお読みください。(ゆうちょ銀行)
これより下部には何も記入しないでください。

記載事項を訂正した場合は、その箇所に訂正印を押してください。
切り取らないでお出しください。

口座記号番号	0	1	7	8	0	6
加入者名	公益社団法人 福岡県医師会					
金額	左払込取扱票と同様に記入 (参加費額並びに貴施設情報)					
依頼人	様					
料金	(消費税込み) 日 附 印					
備考	円					

この受領証は、大切に保管してください。