

平成18年7月3日

病院検査室 精度管理責任者 各位  
登録衛生検査所 精度管理責任者 各位

(社) 愛媛県臨床衛生検査技師会  
会長 土居 修

## 平成18年度 (社) 愛媛県臨床衛生検査技師会精度管理事業のご案内

拝啓

盛夏の候、貴職におかれましては益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素は社団法人愛媛県臨床衛生検査技師会活動の推進にあたり、格別のご協力をいただきありがとうございます。

さて、平成18年度愛臨技主催コントロールサーベいを下記要項にて実施いたしますので、参加ご希望の施設は参加申込書に必要事項を記入のうえ、下記の住所までお申し込み下さい。本年度は下記の4部門で実施する事になりました。

なお、同時に愛媛県より委託を受けています登録衛生検査所精度管理事業も実施いたしますので、登録衛生検査所は必ず参加して下さい。

敬具

### 記

実施時期：平成18年9月4日（夕方発送予定）

実施内容：

1. 臨床化学：AST, ALT,  $\gamma$ -GT, LD, ALP, CK, TG, T.CHO, HDL-CHO, BUN, クレアチニン, UA
2. 輸血：血液型検査(ABO,Rh) 不規則抗体スクリーニング(同定)
3. 病理・細胞：フォトサーベイ
4. 一般・公衆衛生：尿の半定量(試験紙法)
5. 登録衛生検査所精度管理事業：愛媛県登録衛生検査所を対象としたサーベイです。  
内容はAST, ALT,  $\gamma$ -GT, LD, ALP, CK, TG, T.CHO, HDL-CHO  
BUN, クレアチニン, HBs抗原, HCV抗体, WBC, RBC, HGB, HCT, PLT

注意事項

1. 参加費は無料です。
2. 上記項目の内、参加希望の項目をお選び下さい。
3. 5. は登録衛生検査所からのみの参加です。

参加申込締め切り：平成18年7月22日（FAXでの申し込み可）

問い合わせおよび送付先：〒791-2101

愛媛県伊予郡砥部町高尾田543

愛媛県立医療技術大学

伊藤 晃

Fax 089-958-2177, Tel 089-958-2111,

E-mail aito@epu.ac.jp

## 平成18年度コントロールサーベイ参加申込書

1. 施設名 ( )  
施設コード ( ) 四国臨床衛生検査技師会会員名簿に記載されている番号  
住所 (〒 )

2. 連絡責任 ( )

3. 電話番号 ( ) , FAX ( )

4. 平成18年度愛臨技サーベイに  
( ) 参加する。  
( ) 参加しない。

5. 参加希望項目(1～5の番号に○をして下さい。複数の項目も可。ただし5は登録衛生検査所以外の施設は参加できません。)

1. 臨床化学      2. 輸血      3. 病理・細胞      4. 一般・公衆衛生
5. 登録衛生検査所精度管理事業

6. 本年度の臨床化学の結果報告においてデータ入力におけるミス等を少なくするためエクセルを使用したフロッピーディスク入力による結果報告を考えております。そこで貴施設でフロッピーディスクの使用が可能かの調査をおこないたいと思います。下記のどちらかに○を付けてください。

エクセルによるフロッピーディスク入力による結果報告 ( 可能、 不可能 )

7. ご意見があればご記入下さい。

この申込書は 7月22日 までにご送付下さい。