

(記 入 例)

日本脳ドック学会施設認定申請書
(第10回:2019年版)

| | |
|-------|---|
| 申請年月日 | 2018 年 月 日 |
| 施設名 | 施設の正式名称をご記入ください |
| 施設住所 | 〒 - 都・道・府・県 区・市・郡 もれなくご記入ください |
| 連絡先 | 日本脳ドック学会からの 問合せ先(窓口ご担当者名): 電話番号: FAX 番号: EMAIL: |

1. 実施形態、責任者、設備、料金

| | |
|----------------|---|
| 施設形態 (○を記入) | <input checked="" type="radio"/> 1. 病院 <input type="radio"/> 2. 診療所 <input type="radio"/> 3. 検診・健診専門施設 <input type="radio"/> 4. その他() |
|----------------|---|

| | |
|----------------|--|
| 実施形態 (○を記入) | <input checked="" type="radio"/> 1. 脳ドックとして単独で実施 <input checked="" type="radio"/> 2. 人間ドックや他の健診のオプションとして実施 <input checked="" type="radio"/> 3. 簡易型の脳検診として実施 <input type="radio"/> 4. その他() |
|----------------|--|

| | |
|-------|-------------------|
| 施設責任者 | 氏名 ○ ○ ○ ○ ○ |
| ※ | 日本脳ドック学会会員歴 ○ ○ 年 |

※施設責任者は、病院長や施設長でない場合は、脳ドック実施部門の長をご記入ください。

| | |
|--------|----------------------------|
| 脳ドック実施 | 氏名 ○ ○ ○ ○ ○ |
| に関する | 専門医資格 |
| 責任医師 | ○○○○○○○○専門医 ○○○○○○○○専門医 |
| | 日本脳ドック学会会員歴 ○ ○ 年 |

| | | | |
|--------|---|--------------|------|
| 脳ドック設備 | 脳ドックに使用するMR機器についてご記入ください | | |
| | メーカー | 機種名 | 磁場強度 |
| | 〇〇〇〇〇 | 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 | 〇.〇T |
| | | | |
| | | | |
| | その他、所有している設備(〇を記入) | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 1. 認知機能検査のためのソフトと人材 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 血液生化学検査システム <input checked="" type="checkbox"/> 3. 心電図測定機器 <input checked="" type="checkbox"/> 4. 超音波検査機器 <input checked="" type="checkbox"/> 5. 専用診療録 <input checked="" type="checkbox"/> 6. 結果説明、インフォームド・コンセント用の部屋 <input checked="" type="checkbox"/> 7. 受診者専用控え室 | | |

| | 脳ドックの種類(コース) | 実施形態(〇を記入) | 料 金 | 実施件数 [※] |
|------------|------------------|---|----------|-------------------|
| 脳ドックの種類と料金 | 脳ドック | <input checked="" type="checkbox"/> 単独・オプション・簡易型 | ¥ 50,000 | 40 |
| | 簡易脳検診(MRI、MRAのみ) | 単独・オプション・ <input checked="" type="checkbox"/> 簡易型 | ¥ 20,000 | 50 |
| | 人間ドック+簡易脳検診 | 単独・ <input checked="" type="checkbox"/> オプション・簡易型 | ¥ 80,000 | 30 |
| | | 単独・オプション・簡易型 | ¥ | |
| | | 単独・オプション・簡易型 | ¥ | |

※ 2017年4月1日～2018年3月31日の実施件数を記入してください。

2. 実施実績

| | |
|---------------|------------------------|
| 脳ドック 開始年月日 | (西暦) 2007 年 4 月 1日 |
| 実施日数 | 過去1年間に脳ドックを実施した日数 60 日 |
| 受診者数 | 過去1年間の脳ドック受診者数 120 人 |

※2017年4月1日～2018年3月31日の数を記入してください。

3. 情報公開、インフォームド・コンセントと結果通知

| | |
|------------------------|---|
| <p>情報公開 (○を記入)</p> | <p>脳ドック情報の公開方法</p> <p>①. ホームページ 2. その他()</p> <p>公開している脳ドック情報</p> <p>①. 検診システム ②. 検査項目 ③. 料金 ④. 検査機器 ⑤. 担当スタッフ ⑥. 受診者数 ⑦. 異常発見率 ⑧. 治療方針 ⑨. 治療成績 ⑩. 脳ドックのガイドライン準拠程度 11. その他()</p> |
|------------------------|---|

| | |
|---|--|
| <p>インフォームド・コンセント・検査結果の通知方法 (○を記入)</p> | <p>脳ドック受診時(受診前)の説明方法</p> <p>①. 受診前に案内書類を送付 ②. 受診時に面談 3. その他() 4. 行っていない</p> <p>説明内容</p> <p>①. 脳ドックの目的と意義 ②. 検査の内容とリスク ③. 発見され得る異常 4. その他()</p> <p>脳ドックの結果通知の方法と対象者</p> <p>①. 面談 a) 受診者全員に行う b) 面談希望者に行う c) 有所見者に行う ②. 結果報告書の発行 3. その他()</p> |
|---|--|

4. 検査項目、MR撮像法、画像読影

| | |
|---------------------------------|---|
| <p>脳ドックの 検査項目</p> | <p>脳ドックのコース名〔 脳ドック(単独) 〕</p> <p>必須検査項目(○を記入) ○の付け間違いにご注意ください</p> <p>①. 問診 ②. 診察 ③. 血液検査 ④. 生化学検査 ⑤. 尿検査 ⑥. 心電図検査 ⑦. 頭部 MRI 検査 ⑧. 頭部 MRA 検査 ⑨. 頸部血管超音波検査 ⑩. 認知機能検査 ⑪. 頸部 MRA 検査 ⑫. 胸部 X 線 ⑬. 脳波 ⑭. 脳血流検査 ⑮. ポジトロン断層撮影 ⑯. ホルター心電図 ⑰. 心臓超音波検査 ⑱. その他()</p> <p>オプションとしての項目を記入してください</p> <p>胸部 X 線、脳波、脳血流検査、ホルター心電図</p> <p>脳ドックを人間ドックや他の健診のオプションとして実施している場合で、脳ドックとしては実施していなくても、必ず参照または連結して行われる項目(○を記入)</p> <p>①. 血液検査 ②. 生化学検査 ③. 尿検査 ④. 心電図検査 ⑤. 頸部血管超音波検査 ⑥. 胸部 X 線 ⑦. その他()</p> |
| <p>脳ドックの MR検査の 撮像情報</p> | <p>頭部 MRI 撮像法(○を記入)</p> <p>①. T1 強調画像 ②. T2 強調画像 ③. FLAIR 画像 ④. T2*強調画像 ⑤. その他()</p> <p>診断に用いる MRI 画像数(96)</p> <p>頭部 MRA 撮像法(○を記入)</p> <p>①. 3D-TOF(time of flight)法 ②. その他()</p> <p>診断に用いる MRA 画像数(18)</p> |

| | | |
|---------------|--------------------------------|---------------------|
| 脳ドックの 画像読影 | 脳ドックにおける画像読影方法(○を記入) | |
| | ①. 電子画像 2. フィルム画像 3. その他() | |
| | 読影者氏名 | 専門医資格(○を記入) |
| | ○○○○ | 脳神経外科・神経内科・脳卒中・放射線科 |
| | ○○○○ | 脳神経外科・神経内科・脳卒中・放射線科 |
| | ○○○○ | 脳神経外科・神経内科・脳卒中・放射線科 |
| ○○○○ | 脳神経外科・神経内科・脳卒中・放射線科 | |
| ○○○○ | 脳神経外科・神経内科・脳卒中・放射線科 | |

5. 経過観察、情報管理、調査協力

| | | |
|----------------------|---|--|
| 脳ドック受診 後の経過観 察 | 経過観察と方法(○を記入) | |
| | ①. 原則全て自施設で行う a) 定期的な画像診断と診察 b) その他() 2. 他施設へ紹介するので自施設では行わない 3. その他() | |

| | | |
|---------------|---|--|
| 脳ドックの 情報管理 | 脳ドックデータ管理(情報管理)の実際(○を記入) | |
| | ①. 診療情報管理士あるいは管理担当者によって適切な管理がされている 2. その他() | |

| | | |
|--|--|--|
| 日本脳ドック 学会が行う 調査等への 協力につい て(○を記入) | ①. 積極的に協力する 2. 原則的には協力する 3. 場合によっては協力する 4. 協力できないことが多い 5. その他() | |
|--|--|--|

【提出資料】

1. 施設認定申請書(用紙は日本脳ドック学会ホームページ <http://jbds.jp/sinsei.html> からダウンロード)
2. 施設責任者の略歴
3. 脳ドックで発見された異常所見の MR 画像と、その症例の脳ドック結果報告書
 - ① 脳ドックで発見された典型的な無症候性脳梗塞 1 例の MRI(T1、T2、FLAIR および T2*あるいは SWI を各々10 画像程度)と、その症例の脳ドック結果報告書(症例の年齢・性別を記載すること)。
 - ② 脳ドックで発見された5mm 程度の未破裂脳動脈瘤 1 例の MRA(画像数の制限なし、元画像は不可)と、その症例の脳ドック結果報告書(症例の年齢・性別を記載すること)。
 - ③ 画像は全て DICOM データで、専用ビューワを入れず CD-R 1 枚に記録する。CD-R 中のデータは無症候性脳梗塞と未破裂脳動脈瘤を別のフォルダに分け、さらに無症候性脳梗塞は T1、T2、FLAIR、T2*にフォルダ分けし、フォルダ名やファイル名はその内容がわかりやすいよう表記する。なお、両症例とも異常の発現箇所には→や○を記すこと。
 - ④ 脳ドックの結果報告書は、画像所見の抜粋ではなく他の検査結果を含む脳ドック全体の結果報告書であること及び、異常所見についてはその対応、指導も記入すること。また、人間ドックや他の健診のオプションとして実施している場合も、すべての健診結果を含めた報告書であること。また、提出する①②の症例が画像検査のみの簡易コース等の受診例である場合は、別紙施設認定要綱【認定のための主な条件】4.における検査項目をすべて実施した受診例の結果報告書をサンプルとして 1 部提出すること。

【施設認定申請受付期間】

2018 年 8 月 1 日～10 月 31 日(必着)

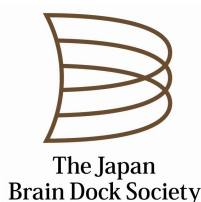
【申請書等資料提出先・お問い合わせ】

〒004-0031 札幌市厚別区上野幌 1 条 2 丁目 1-10

医療法人 新さっぽろ脳神経外科病院内

日本脳ドック学会 施設認定委員会

電話(011)891-2500 FAX(011)891-5100



一般社団法人 日本脳ドック学会

脳卒中・認知症のための医学会

〒004-0031 札幌市厚別区上野幌 1 条 2 丁目 1-10

医療法人新さっぽろ脳神経外科病院内

TEL 011-891-2500 FAX 011-891-5100

(E-mail) info@jbds.jp

(URL) <http://jbds.jp/>