日本脳ドック学会認定施設　2024年度定期報告

メール　info@jbds.jp　日本脳ドック学会 施設認定委員会あてに、このファイルを添付して

2024年9月30日までにご提出ください

|  |  |
| --- | --- |
| 記入年月日 | ２０　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 認定施設情報 | 認定番号 |  |
| 施設名 |  |
| 郵便番号 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| メールアドレス |  |
| WebサイトURL |  |
| 窓口担当者氏名 |  |
| 窓口担当者メールアドレス |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 脳ドックの施設責任者 | 氏名 |  |
| 日本脳ドック学会会員歴（年） |  |
| 脳ドック実施に関する責任医師 | 氏名 |  |
| 日本脳ドック学会会員歴（年） |  |

あてはまるもの全ての項目に「◯」をご記入願います。

「4.その他」は（　　　）内に内容を記載願います。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 脳ドック実施形態 |  | 1. 脳ドックとして単独で実施 |
|  | 2. 人間ドックや他の健診への追加・オプションとして実施 |
|  | 3. 簡易型の脳検診として実施 |
|  | 4. その他（　　　　） |

脳ドックの種類と料金（2023年4月〜2024年3月の数を記入してください）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 認定条件を満たす脳ドック | コース1 | コース名 |  |
| 料金 |  |
| 実施数 |  |
| 認知機能検査実施数 |  |
| コース2 | コース名 |  |
| 料金 |  |
| 実施数 |  |
| 認知機能検査実施数 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| その他の脳検診（簡易型の脳検診など） | コース1 | コース名 |  |
| 料金 |  |
| 実施数 |  |
| 認知機能検査実施数 |  |
| コース2 | コース名 |  |
| 料金 |  |
| 実施数 |  |
| 認知機能検査実施数 |  |

脳ドック設備

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 脳ドックに使用しているMR機器をご記入ください | 機器1 | メーカー |  |
| 機種名 |  |
| 磁場強度 |  |
| 機器2 | メーカー |  |
| 機種名 |  |
| 磁場強度 |  |

脳ドックの検査項目

|  |  |
| --- | --- |
| 認定条件を満たす脳ドックのコース名 |  |

あてはまるもの全ての項目に「◯」をご記入願います。

「18.その他」は（　　　）に内容を記載願います。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 必項検査項目 |  | 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（　　　） |

脳ドックを人間ドックや他の健診への追加・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

あてはまるもの全ての項目に「◯」をご記入願います。

「7.その他」は（　　　）に内容を記載願います。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 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（　　　　） |

脳ドックのMR検査撮像情報

あてはまるもの全ての項目に「◯」をご記入願います。

「5.その他」は（　　　）に内容を記載願います。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 頭部MRI撮像法 |  | 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（　　　） |

あてはまるもの全ての項目に「◯」をご記入願います。

「2.その他」は（　　　）に内容を記載願います。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 頭部MRA撮像法 |  | 1.3D-TOF（time of flight）法 |
|  | 2.その他（　　　） |

脳ドック画像読影医師

あてはまるもの全ての項目に「◯」をご記入願います。

「5.その他」は（　　　）に内容を記載願います。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 読影医師1 | 氏 名 |  |
| 専門医資格 |  | 1.脳神経外科 |
|  | 2.神経内科 |
|  | 3.脳卒中 |
|  | 4.放射線科 |
|  | 5.その他（　　　　） |
| 読影医師2 | 氏 名 |  |
| 専門医資格 |  | 1.脳神経外科 |
|  | 2.神経内科 |
|  | 3.脳卒中 |
|  | 4.放射線科 |
|  | 5.その他（　　　　） |
| 読影医師3 | 氏 名 |  |
| 専門医資格 |  | 1.脳神経外科 |
|  | 2.神経内科 |
|  | 3.脳卒中 |
|  | 4.放射線科 |
|  | 5.その他（　　　　） |
| 読影医師4 | 氏 名 |  |
| 専門医資格 |  | 1.脳神経外科 |
|  | 2.神経内科 |
|  | 3.脳卒中 |
|  | 4.放射線科 |
|  | 5.その他（　　　　） |
| 読影医師5 | 氏 名 |  |
| 専門医資格 |  | 1.脳神経外科 |
|  | 2.神経内科 |
|  | 3.脳卒中 |
|  | 4.放射線科 |
|  | 5.その他（　　　　） |

1年間（2023年4月1日～2024年3月31日）の脳ドック実績

|  |  |
| --- | --- |
| 脳ドック実施日数（日） |  |
| 脳ドック受診者数（人） |  |

脳ドックの検査結果の通知方法

あてはまるもの全ての項目に「◯」をご記入願います。

「6.その他」は（　　　）に内容を記載願います。

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1.受診者全員に面談で行う |
|  | 2.有所見者に面談で行う（所見が無い場合は面談しない） |
|  | 3.希望者に面談で行う（希望が無ければ有所見者も面談しない） |
|  | 4.検査結果報告書を渡す |
|  | 5.画像データなどが記録されたCD-Rなどを渡す |
|  | 6.その他（　　　　　　） |

脳ドックについてこの1年で改善・変更された点がございましたらご記入ください。

|  |
| --- |
|  |

日本脳ドック学会 施設認定委員会へのご意見・ご要望がございましたらご記入ください。

|  |
| --- |
|  |

メール　info@jbds.jp　日本脳ドック学会 施設認定委員会あてに、

このファイルを添付し送信してください。

メール送信が難しい環境の場合は印刷し、

FAX 011-891-5100へ送信してください。

2024年9月30日（月）までにご提出ください。



一般社団法人 日本脳ドック学会 The Japan Brain Dock Society

〒004-0051 北海道札幌市厚別区厚別中央1条6丁目2番10号

医療法人 脳神経研究センター 新さっぽろ脳神経外科病院

TEL 011-891-2500　FAX 011-891-5100

（E-mail）info@jbds.jp （URL） https://jbds.jp/