日本脳ドック学会認定施設　2023年度定期報告

|  |  |
| --- | --- |
| 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」を選んだ方は（）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　※2022年4月〜2023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（コース名） | 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（簡易コースなど） | 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」を選んだ方は（）内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（　　　） |

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」を選んだ方は（）内に内容を記載願います。

脳ドックを人間ドックや他の健診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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 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」を選んだ方は（）内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」を選んだ方は（）内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」を選んだ方は（）内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（2022年4月1日～2023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

方針として行われている通知方法・対象者をお答えください。

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」を選んだ方は（）内に内容を記載願います。

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1.検査結果報告書の発行+面談 |
|  | a)面談は受診者全員に行う |
|  | b)面談は有所見者に行う |
|  | c)面談は面談希望者に行う |
|  | 2.その他（　　　） |

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。

|  |
| --- |
|  |

【入力内容を保存する】でファイルを保存の上

［info@jbds.jp］までファイルを添付の上送信して下さい。

メール送信が難しい環境の場合は、【印刷する】で回答を印刷の上

日本脳ドック学会 施設認定委員会　FAX 011-891-5100

までご送信下さい。

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/>