

登録施設確認申請書資料

(平成 年 月 日現在)

申請施設名(認定施設【大学の講座・病理部等】)

上記代表者氏名(教授等)

印

病理研修指導責任者氏名(上記代表者が指導医の場合は不要)

印

被登録施設に関する一般的事項

1. 病 院 名 _____

2. 病 院 開 設 者 _____

3. 開 設 の 年 _____

4. 診療科別病床数

科 名																		合 計
病 床 数																		床

5. 医 師 数

総数 名 (内訳) 常 勤 _____ 名

非 常 勤 _____ 名

初期研修医 _____ 名

後期研修医 _____ 名

6.学会等の教育病院指定の有無

厚生労働省臨床研修指定病院

有 無

大学の卒前教育関連病院（大学以外の施設の場合）

有 無

（ _____ 大学）

7.臨床病歴の管理について

.病理部門について

1.病理部門の名称： _____

2.病 理 医

科 名	勤務 形態	職 名	経験 年数	病理専門医 登録番号	病理専門医 研修指導医
A.専任病理医の氏名					
B.専任でない 病理医の氏名					

3.その他の職員（病理部門に限る）

	人 数	専任・兼任の別	備 考
A.臨床/衛生検査技師			
B.その他の技術職員			
C.事務職員			

4.剖 検

A.最近5年間の死亡数，剖検数，剖検率

1～12月	死 亡 数	剖 検 数	剖検率（％）
年			％
年			％
年			％
年			％
年			％
5年間の計			

B.剖検輯報への剖検例の掲載：有（施設独自で），有（ 大学として），無
剖検輯報登録コード（5桁）_____

5.生検/組織診

最近5年間の生検/組織診件数

1～12月	件数	うち迅速診断
年	件	件
年	件	件
年	件	件
年	件	件
年	件	件
5年間の計		

6.細胞診

A.最近5年間の細胞診断件数

1～12月	件数
年	件
年	件
年	件
年	件
年	件
5年間の計	

B.細胞検査士の有資格者____名, 無

7.カンファレンスの開催状況

A.剖検例に関するC P C :

B.生検/組織診に関するカンファレンス :

C・その他のカンファレンス :

8.各種資料の保管状況

A.摘出保存臓器

イ.剖検材料

ロ.生検/組織診材料

B.各種資料

イ.診断書

ロ.パラフィンブロック

ハ. プレパレート

ニ. 写真等の記録

Ｃ. 過去の病理データの検索方法

イ. 剖 検

ロ. 生検/組織診

ハ. 細 胞 診

9. 電子顕微鏡等特殊検査機器の管理状況

. 病理以外の臨床検査部門について