

登録施設確認申請書資料

(平成27年 月 日現在)

申請施設名 (※病理学会の現認定施設【大学の講座・病理部 等】が登録施設の申請をすることができます)

・上記代表者氏名 (教授等) 印

・病理研修指導責任者氏名 印
(上記代表者が指導医の場合は不要)

I. 被登録施設に関する一般的事項

1. 病 院 名

(登録施設として申請を希望する施設名)

2. 病 院 開 設 者 _____

3. 開 設 の 年 _____

4. 診療科別病床数

科 名																						合 計 科
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

II. 病理部門について

1. 病理部門の名称： _____

2. 病 理 医

<u>氏 名</u>		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 認定年
A. 専任病理医 <small>（施設内併を含む）</small>						
B. 専任でない病理医 <small>（嘱託、非常勤等）</small>						

3. その他の職員（病理部門に限る）

	人 数	専任・兼任の別	備考（業務内容）
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 (%)
平成 年			%
平成 年			%
平成 年			%
平成 年			%
平成 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）

剖検輯報登録コード（5桁） _____

◆平成26年分割検例 月 日に提出済み（未提出の場合審査出来ません）

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
平成 年	件	件
平成 年	件	件
平成 年	件	件
平成 年	件	件
平成 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
平成 年	件
平成 年	件
平成 年	件
平成 年	件
平成 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CPC:

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. プレパラート

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

Ⅲ. 病理以外の臨床検査部門について