

# 一般検査部門 精度管理実施手引書

今回の送付内容は以下の通りです。内容を確認してください。  
(CD-Rは参加施設すべてに共通のものを配布します。)

## 1 実施項目

- 1) フォトサーベイ・・・10問(尿沈渣9問、寄生虫卵1問)
- 2) 便ヘモグロビン検査・・・2試料

## 2 送付試料

- 1) CD-R(他部門と併用。フォトサーベイのみ参加、便Hb検査のみ参加された施設においても全ての内容が入ったCD-Rを配布しております。必要書類のみ使用して下さい)

《内容》

- ①手引書
  - ②フォトサーベイ問題用紙
  - ③フォトサーベイコード表
  - ④フォトサーベイ用スライド写真
  - ⑤フォトサーベイ用報告書
  - ⑥便Hb検査用報告書
- ⑤、⑥の報告書を印刷し、  
用紙で提出して下さい

◎フォトサーベイ用スライド写真は、パワーポイント・スライドショーで閲覧して下さい。  
沈渣等の画像は、イメージ及び効果等で画質調整して下さい。

- 2) 便ヘモグロビン検査試料・・・2試料

**※測定は試料到着日を含め、2日以内に行ってください**

(3日目以降は添加ヘモグロビン濃度が低下し測定値に影響を及ぼす可能性があります)

【内容】試料1・2(冷蔵)

- ※ 試料受領後は内容を確認し直ちに検査を実施するか、冷蔵庫にて保存して下さい。
- ※ 試料調整誤差を抑えるため、実施方法を熟読し試料作成手順及び測定時間を厳守して下さい。

## 3 実施方法

《フォトサーベイ》

- 1) 各問題の画像写真に示した成分について問題を熟読し、コード表から解答を選択し報告書に記入して下さい。
- 2) 「同定できない」と解答した施設は、その理由を必ず明記して下さい。
- 3) 解答記入後の報告書は必ず複写し、本手引書と一緒に保管して下さい。  
★記入のない施設は無解答とさせていただきます★
- 4) 解答記入用紙の施設番号・施設名・解答記入者名・連絡先(住所)・電話番号は、必ず記入して下さい。

※ 「尿沈渣検査法2010」の分類基準に従い解答して下さい。

《免疫学的便ヘモグロビン検査》 **※測定は試料到着日を含め、2日以内に行ってください**

**【試料作成】**

- 1) 試料を室温に戻して下さい。(1時間程度放置)
- 2) そのままではヘモグロビン濃度が不均一ですので、十分に混和して下さい。
  - ◎測定に用いる採便棒以外のもので混和して下さい。
  - ◎試料表面が乾燥して採便しづらい場合は、採便容器中の緩衝液で湿らせて十分に混ぜて下さい。

**【採便方法及び注意点】**

- 1) 試料採取後、採便容器を上下に振り、試料が完全に溶解した事を確認後、30分放置して下さい。
- 2) 測定前に再度容器を上下に振って下さい。

※採取量は検査結果に大きく影響します。

使用する採便容器の特徴を熟知し、採便スティックの溝が十分に埋まり、採取量が過少にならないよう注意して下さい。

また余分な試料を除去するスクレイプ機能についても確認して下さい。

すりきりしない部分に試料が付着しますと多めに採取されることがあります。

**《便 Hb 検査報告書への記入方法》**

- 1) 解答用紙の設問に従い各結果を記入して下さい。
  - 定性キットを用いる施設
    - 定性結果を報告して下さい。
  - 定量測定機器を用いる施設
    - 定量値及びカットオフ値、定性結果まで報告して下さい。
- 2) 解答記入後の報告書は必ず複写し、本手引書と一緒に保管して下さい。
- 3) 施設名・解答記入者名・連絡先(住所)・電話番号は、必ず記入して下さい。

★記入のない施設は無解答とさせていただきます★

試料、添付用紙等の不足やご不明な点は下記の問い合わせ先にご連絡下さい。

**【問い合わせ先】**

竹田総合病院 臨床検査科 佐藤 修  
電話 0242-29-9924 (直通)

平成27年度 第23回 福島県臨床検査技師会 精度管理調査

一般検査部門 免疫学的便ヘモグロビン検査

解答用紙

施設番号	施設名		
	解答者名		
施設連絡先	☎	内線	
解答記入欄			
試料測定日			
測定方法 いずれかに ○	1. 用手法	2. 機器測定	
使用メーカー			
使用試薬(キット)			
使用機器(機器測定の場合のみ記入して下さい)			
測定値	試料 1	定性値	
		定量値	ng/ml
	試料 2	定性値	
		定量値	ng/ml
使用カットオフ値	ng/ml		

※ 用手法を実施している施設は定性結果のみ記入して下さい。

※ 定量機器を使用している施設は定量値、カットオフ値を記入しそこから定性結果を導きだし記入してください。

平成27年度 第23回 福島県臨床衛生検査技師会 精度管理調査

一般検査部門 フォトサーベイ

解答用紙

施設 番号		施設名
		解答者名

連絡先	☎	内線
-----	---	----

解答記入欄

設問	解答		備考(同定できない理由など)
1	番号	成分名	
2	番号	成分名	
3	番号	成分名	
4	番号	成分名	
5	番号	成分名	
6	番号	成分名	
7	番号	成分名	
8	番号	成分名	
9	番号	成分名	
10	番号	成分名	