令和３年度衛生検査所検査料金調査票

**厚生労働省**

施　　設　　名

所在都道府県名

電　話　番　号

連絡担当者名

※本調査は、保険診療に関する検査のみを調査対象としています。保険診療とは関係のない集団検診、学術研究等に関する検査については、ご記入していただく必要はありません。

**問Ａ　保険診療に関する検査の有無（該当するものに○印をつけてください。）**

１　保険診療に関する検査を行っている。

２　保険診療に関する検査を行っていない。

（補問）保険診療に関する検査を行っている場合には、次のうち該当するものに○印をつけてください。

１　保険医療機関から受注している。

２　保険医療機関から受注していない。（他の検査所からの受注のみである。）

（注１）「保険診療に関する検査を行っていない」とは、保険診療とは関係ない集団検診、学術研究等に関する検査のみ行っている場合をいいます。

（注２）「保険診療に関する検査を行っていない」と回答した場合は、問Ｂ以降は記入する必要はありません。

**問Ｂ　保険診療に関する取扱い検体数**

（令和３年７月の１か月間に受注した検体数を記入してください。）

件

**問Ｃ　精度管理：外部精度管理への参加の有無（該当するものに○印をつけてください。）**

１　参加している。

２　参加していない。

（補問）参加している場合には、次のうち該当しているもの全てに○印をつけてください。

１　（公社）日本医師会が実施している精度管理に参加している。

２　都道府県が実施している精度管理に参加している。

３　（一社）日本臨床衛生検査技師会が実施している精度管理に参加している。

４　（一社）日本衛生検査所協会が実施している精度管理に参加している。

５　参加しているが、１～４までのいずれでもない。

　　（参加している精度管理の実施主体名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**問Ｄ　検査項目別調査**

以下の注意事項をご覧いただき、検査項目別調査票（別紙）にご記入ください。

1. 医療機関より受注したもののうち、貴検査所で直接行わず、国内の他の検査所等へ依頼しているものについては、調査票へ記入しないでください（海外の検査所等へ依頼しているものについては記入してください）。
2. 検査の有無欄に貴検査所で行った検査には○を、行わなかった検査には×を記入してください。
3. （注２）で○をつけた検査について、全体欄に検査件数と１検査当たり料金を記入してください。また、そのうち、定性検査、半定量検査、定量検査の別がある場合には、その別ごとに検査件数と１検査当たり料金を記入してください。）

定量検査とは、連続値で検査結果を返すものを指し、半定量とは不連続な値で検査結果を返すものを指します。同定検査は定性としてください。

定性・定量の別が存在しない検査については、「定性」「半定量」「定量」の欄に記入して頂く必要はありません。また、１つの検査項目について、「定性」「半定量」「定量」のいずれかの検査しか実施していない場合は、「全体」の欄への記載に加え、備考欄に「定性」「半定量」「定量」と記入することでも結構です。

（例）検査結果の例

　　　定性　：陽性、陰性　など（「同定」も同じ意）

　　　半定量：１＋、２＋　など

　　　定量　：○○mg/dl　など

　　　その他：病理学的検査など

●　１つの検査項目について、定性検査と定量検査の両方を行っている場合

　　　→「全体」欄と「定性」「定量」のそれぞれの欄に記入

●　１つの検査項目について、定量検査しか行っていない場合

　　　→「全体」欄と「定量」欄に同じ内容を記入

　　　　　　　　　　　もしくは

　　　　「全体」欄にのみ記入し、備考欄に「定量」と記入

●　１つの検査項目について、定性・定量の別が無い場合

　　　→「全体」欄にのみ記入

1. 検査件数は、令和３年７月の１か月間の検査総数を記入してください。
2. 料金は、令和３年７月１か月間の加重平均料金（消費税込み）を記入してください。

（例）ある検査項目について、令和３年７月の１か月間に1,500円で10件、2,000円で5件受注した場合

　　　　　　　　　（1,500円×10件）＋（2,000円×5件）

加重平均料金＝　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＝1,666.6（円）≒1,667（円）

（10件＋5件） （小数点以下を四捨五入してください）

1. 直接医療機関から依頼されて検査を行った場合と、他の検査所から依頼された場合とで料金が異なる場合には、次のように（　）中に別掲にて記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 検査件数  （件） | １検査当たり料金  （金額） |  |
| （　　５００） | （　　１１０） | （他の検査所から依頼されたもの） |
| １，０００ | １００ | 直接医療機関から依頼されたもの |

1. 区分番号「D004-2」悪性腫瘍組織検査の「１」悪性腫瘍遺伝子検査のうち、「★」が付記されている検査項目については、区分番号「D006-19」がんゲノムプロファイリング検査に用いる医療機器と同じ医療機器を用いて実施された検査について記入してください。