**JISART施設認定審査　質問表①**

|  |
| --- |
| **施設概要について** |

◆質問表①～③に必要事項を全て記入の上、以下の資料のコピーのファイルを8または9部作成し、施設審査の2ヶ月前までにJISART事務局に送付してください。

◆資料はＡ４版のフラットファイルに上から次の順に綴じ、表紙及び背表紙に施設名を記載してください。

　□ 質問表①「施設概要について」

　□ 質問表②「4.1～4.15」

　□ 質問表③「診療内容及び臨床成績について」

　□ 質問表①～③に添付する資料（添付資料には添付資料番号をつけ番号順に添付）

　□ 施設の臨床成績（エクセルファイルを印刷したもの）

　□ 現在使われている患者への説明書・同意書（実施規定添付資料Aを参照）

◆この「質問表①施設概要について」は施設長が記入してください。

◆回答は　　　の枠内に記入してください。

◆選択肢が記載されている欄は、回答の選択肢を残し、回答以外の選択肢を消去してください。必要な場合には、適宜、説明を加えてください。

1．施設名

|  |
| --- |
|  |

2．施設の種類

|  |
| --- |
|  □不妊専門外来クリニック □不妊専門医（病）院 □産婦人科外来クリニック □産婦人科医（病）院  □総合病院産婦人科 □その他　（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

3．住所

|  |
| --- |
|  |

4．電話番号・FAX番号

|  |  |
| --- | --- |
| （電話番号） | （FAX番号） |

5．E-MAIL

|  |
| --- |
|  |

6．ホームページアドレス

|  |
| --- |
|  |

7．施設長氏名

|  |
| --- |
|  |

8．培養室責任者氏名

|  |
| --- |
|  |

9．看護部門責任者（ART担当）氏名

|  |
| --- |
|  |

10．カウンセリング部門責任者氏名

|  |
| --- |
|  |

11．医療事務部門責任者氏名

|  |
| --- |
|  |

12．診療支援スタッフ責任者氏名

|  |
| --- |
|  |

13.施設運営

(1)個人経営ですか、法人組織ですか。

|  |
| --- |
| □個人経営□法人組織 |

(2)施設の組織図を添付してください。

|  |
| --- |
|  |

(3)施設長および他の役職者の職務内容を記述した文書を添付してください。

|  |
| --- |
|  |

(4)理事会（役員会）がありますか。

|  |
| --- |
| 　ある　・　ない |

(5)理事事会は施設の運営においてどのような役割を果たしていますか。

|  |
| --- |
|  |

(6)上記(4)で「ない」場合、施設の運営に関する決定はどのような組織で行われますか。

|  |
| --- |
|  |

14.電子カルテを導入していますか。

|  |
| --- |
| はい　・　いいえ |

＜この質問表の回答者＞

|  |
| --- |
| （氏名）（日付） |