

参加申込フォームの入力および送信の手順

まず、ホームページの[参加申込書作成フォーム](#)を開いてください。

① 医療機関コード

初めて参加される場合は入力不要です。わからない場合や、コードを入力してもエラーとなる場合も空欄のまま構いません。他部門で JANIS に参加されている場合、または過去に参加されていた場合は **JANIS から付与されている医療機関コード (5桁)** を入力してください。

② 医療機関名

必須項目です。ご入力ください。

③ 病院長/院長名

必須項目です。ご入力ください。

JANIS 医療機関コード ①	過去に参加していた、他部門に参加している等で既にJANIS医療機関コード(5桁)をお持ちの場合は入力してください。 初めてJANISに参加する場合や医療機関コードを忘れてしまった場合などは入力不要です。 <input type="text"/>
医療機関名 * 必須 ②	<input type="text"/>
病院長/院長名 * 必須 ③	<input type="text"/>

④ 参加部門

必須項目です。ラジオボタンで参加部門を選択してください。**複数の部門を選択することはできません**。複数の部門に参加する場合は、ひとつの部門で参加申し込みを終えた後、再度フォームを開き、別の部門を選択して参加申込の入力を繰り返してください。

診療所には原則として検査部門へのご参加をお勧めしています。参加にあたりましては[各部門の概要](#)をご一読のうえ、自施設が参加要件を満たしているかを事前に必ずご確認ください。例えば、検査部門の場合、原則として毎月1件以上の検体提出患者数を有することが参加要件になっています。

なお、無床診療所は全入院患者部門、ICU 部門、NICU 部門にはご参加いただくことができません。また、SSI 部門は原則として毎月1件以上のサーベイランス対象手術手技を行っていることが参加要件となっています。JANIS の[手術手技コード](#)を事前に必ずご確認ください。

参加部門 * 必須 ④	複数部門の参加の申込みをされる場合は、参加部門毎に申込書を作成してください。 <input type="radio"/> 検査部門 <input type="radio"/> 全入院患者部門 (入院病床数のある医療機関に限る) <input type="radio"/> 手術部位感染 (SSI) 部門  「サーベイランス対象手術手技を確認すること」 <input type="radio"/> 集中治療室 (ICU) 部門 (ICUのある医療機関に限る) <input type="radio"/> 新生児集中治療室 (NICU) 部門 (NICUのある医療機関に限る)
-------------------	--

参加申込フォームの入力および送信の手順

⑤ 病床数

必須項目です。無床診療所の場合は「0」を入力してください。有床のご施設は、院内のすべての病床の合計数を入力してください。

病床数 * 必須 ⑤	病院内のすべての病床の合計数を入力してください。 <input type="text"/> 床（無床診療所の場合、「0」を入力してください）
---------------	---

⑥ 所在地

必須項目です。JANIS から通知等を郵送することがございますので正確に入力してください。

所在地 * 必須 ⑥	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> 住所 <input type="text"/>
---------------	---

⑦ サーベイランス責任者/サーベイランス実務担当者

必須項目です。データの内容について JANIS から照会があった場合に、責任をもって回答できる方をご登録ください。双方に同じ方を登録することも可能です。

サーベイランス 責任者 * 必須 ⑦	氏名 <input type="text"/> 氏名(ふりがな) <input type="text"/> 所属 <input type="text"/> 職名 <input type="text"/> 連絡先：E-mail <input type="text"/> 連絡先：電話 <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
サーベイランス 実務担当者 * 必須 ⑦	氏名 <input type="text"/> 氏名(ふりがな) <input type="text"/> 所属 <input type="text"/> 職名 <input type="text"/> 連絡先：E-mail <input type="text"/> 連絡先：電話 <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>

参加申込フォームの入力および送信の手順

⑧ 医療機関 参加部門の公表

必須項目です。JANIS では原則として医療機関名および参加部門の公表への同意をお願いしております。ラジオボタンで「公表を希望しない」を選択すると、非公表理由入力欄が開きます。非公表を希望するご施設は、必ず理由を入力してください。

理由の入力がない場合は非公表希望で登録することができません。

⑨ ホームページ URL

ホームページをお持ちの場合は URL を入力してください。

⑩ 確認/リセット

最後に「確認」を選択してください。

(注1) リセットを選択すると入力内容がすべてクリアされます

⑪ 手術手技選択ページ (④で SSI 部門を選択している場合のみ)

サーベイランスを行う予定の手術手技 (原則として毎月 1 件以上行なわれる手術手技) にチェックを入れてください。(複数選択可)

手術部位感染(SSI)部門手術手技選択

下記の一覧はJANISの手術手技コードです。
サーベイランスを行う予定の手術手技にチェックを入れてください。(複数選択可・参加後の変更可)
原則として毎月1件以上行われる手術手技を選択していただく必要があります。
手術手技コードに載っていない手術はJANISのSSIサーベイランスでは対象外です。

選択した手術手技に間違いがない場合は、『参加確認』ボタンをクリックしてください。
参加申込フォームへ戻る場合は、『戻る』ボタンをクリックしてください。

⑪

コード	手術手技	説明
<input type="checkbox"/> A-A	腹部大動脈修復	吻合または置換を伴う腹部大動脈の切除
<input type="checkbox"/> A-E	腹部大動脈血管内手術	腹部大動脈瘤に対する血管内ステント留置
<input type="checkbox"/> A-IP	四肢切断術	指を含む上肢または下肢の全体または部分的な関節離断または切断術
<input type="checkbox"/> A-PV	虫垂の手術	虫垂の手術 (他の手術手技に付随して行なわれたものを除く)
<input type="checkbox"/> A-SD	透析のためのシャント	腎透析のための動静脈吻合
<input type="checkbox"/> B-I-L	胆道再建を伴わない肝切除	胆道再建を伴わない肝切除
<input type="checkbox"/> B-I-PD	膵頭十二指腸切除	膵頭十二指腸切除
<input type="checkbox"/> B-I-O	その他の肝胆膵手術	肝胆膵手術 (胆道再建を伴わない肝切除、膵頭 十二指腸切除、胆嚢のみに対する手術を含まない)
<input type="checkbox"/> B-ST	乳房切除術	乳房の病変または組織の切除。 根治的、非定型的、4分の1区域切除、局所切除、切開生検、乳房形成を含む
<input type="checkbox"/> C-ARD	心臓手術	心臓の弁または中隔に対する開胸手術。 冠動脈バイパスグラフト、血管の手術、心臓移植、ペースメーカー埋込み手術を含まない
<input type="checkbox"/> C-A	透析器の管内留置手術	透析器の管内留置手術

参加申込フォームの入力および送信の手順

⑫ 参加確認/戻る (④で SSI 部門を選択している場合のみ)

最後に「参加確認」を選択してください。

(注2) ⑪で一つもチェックを入れていない場合はエラーが発信され⑬に進みません。

(注3) 「戻る」を選択すると、申込書作成ページに遷移します。

<input type="checkbox"/>	VHYS	経膈的丁名摘出術	膈の開口は腹腔の別開による丁名の摘出
<input type="checkbox"/>	VSHN	脳室シャント	脳室シャント手術、シャントの修正と除去を含む
<input type="checkbox"/>	XLAP	腹部手術	消化管や胆道系を操作しない腹部手術

⑫

参加確認 戻る

⑬ 参加申込内容確認

確認画面に遷移いたします。入力内容を確認し、問題がなければ「参加申込」を選択してください。「修正」を選択すると入力画面に戻ります。

医療機関コード		
医療機関名		テスト病院
病床数		0
病院長/院長名		テスト 太郎
郵便番号		000-0000
住所		東京都世田谷区南銀1-1-1
責任者	氏名	テスト 孝太郎
	氏名(ふりがな)	てすと こうたろう
	所属	事務課
	職名	事務
	連絡先(E-Mail)	test@test.co.jp
	連絡先(電話番号)	030-123-4567
担当者	氏名	テスト
	氏名(ふりがな)	てすと こうたろう
	所属	事務課
	職名	事務
	連絡先(E-mail)	test@test.co.jp
	連絡先(電話番号)	030-123-4567
医療機関・参加部門公表		公表を希望する
ホームページURL		http://test.hospital.co.jp

⑬

参加申込 修正