

得意先控

〒 〇〇〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇

〒 〇〇〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇

下記欄へ「受診者名」・「地区」・「市区」・「市郡番号」・「年齢」・「性別」・「年齢」・「食後時間」の全ては、正しく報告するための必須情報です。  
 地区・市郡番号等の桁数をきめて記載され、記入順の異なるように、ご注意ください。

No	ラベ	受診者名(カタカナ)	地区・市郡番号	世帯・世帯員番号	性別	年齢	食後時間	測定
1	777310	スズキ イチロウ	12345-67-8 地区番号 市郡番号	0301 世帯番号	男	63才		測定
2	777320	スズキ ハナコ	12345-67-8 地区番号 市郡番号	0302 世帯番号	女	58才		測定
3	777324	スズキ イチロウ	12345-67-8 地区番号 市郡番号	0601 世帯番号	男	72才		測定
4	777326	スズキ ハナコ	12345-67-8 地区番号 市郡番号	0802 世帯番号	女	45才		測定
5					男			測定
6					女			測定
7					男			測定
8					女			測定
9					男			測定
10					女			測定

**国調 血液検体用 SRL依頼書**  
 (保健所スタッフが作成されます)

食後時間 食事をとられて何時間経過していますか?

コメント

ND2010 血液追加測定依頼書

SRL 健診用一覽依頼書

得意先型

199999

滋賀医科大学公衆衛生学講座

HS-CRP BNPセト

02 03

77310	スズキ イチロウ	01	01
777320	スズキ ハナコ	01	01
<del>777324</del>	<del>スズキ ハナコ</del>	<del>01</del>	<del>01</del>
777326	スズキ ハナコ	01	01
		01	01
		01	01
		01	01
		01	01
		01	01
		01	01
		01	01

国調 血液検体依頼書と同じ番号・氏名(カナ)を、不同意の方を含めて全員分転記してください。

番号・氏名(カナ)以外は不要です。

不同意の方についての記載には、二重線をひいてください。

77310  
スズキ  
イチロウ  
777320  
スズキ  
ハナコ  
777326  
スズキ  
ハナコ

中央事務局宛提出分(1枚目)については、番号・氏名(カナ)を塗りつぶしてください(個人情報保護のため)

1枚目を中央事務局に提出、  
2、3枚目を尿検体とともにSRLに提出してください。

明細書  
 検査項目: HS-CRP, BNP  
 検査日時: 2010.02.03  
 検査場所: 滋賀医科大学  
 検査依頼者: 滋賀医科大学公衆衛生学講座  
 検査依頼先: SRL  
 検査依頼先住所: 〒250-0292 滋賀県彦根市山手町2-2-1  
 検査依頼先電話: 077-535-3111  
 検査依頼先FAX: 077-535-3112  
 検査依頼先Eメール: info@srl.co.jp

## ND2010 調査員トレーニング チェックシート (エリア研修用)

\_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ND2010 結核予防会事務局 佐藤 行き

FAX: 050-3488-6953

ND2010 調査員研修を行ったので報告します。

(チェックシートと調査員台帳を共に送信してください)

協力健診機関コード \_\_\_\_\_ FAX発信者氏名 \_\_\_\_\_

協力健診機関名 \_\_\_\_\_ 連絡先TEL \_\_\_\_\_

研修を行った者 氏名 \_\_\_\_\_ 調査員ID \_\_\_\_\_

研修を受けた者 氏名 \_\_\_\_\_ 割り当てたID \_\_\_\_\_

✓欄	研修内容	マニュアル	資料
<input type="checkbox"/>	1 本調査の対象を知っている。	2	
<input type="checkbox"/>	2 調査当日の、調査・検査内容を知っている。	2	2
<input type="checkbox"/>	3 尿検体の採取、依頼書作成の注意点がわかる。	10	13
<input type="checkbox"/>	4 心電図検査を行う際の注意点がわかる。	11	9, 10
<input type="checkbox"/>	5 問診票を適切に確認できる。	9	7
<input type="checkbox"/>	6 調査台帳記入の注意点がわかる。	7	4
<input type="checkbox"/>	7 国調転記表へ、適切に転記できる。	7	8
<input type="checkbox"/>	8 血液追加検査依頼書を適切に作成できる。	12	14
<input type="checkbox"/>	9 調査終了後、適切に梱包・発送が行える。	13	11
<input type="checkbox"/>	10 業務完了後の、中央事務局宛の報告手順がわかる。	13	12
<input type="checkbox"/>	11 調査の説明・同意取得を適切に行える。	6, 17	3, 6
<input type="checkbox"/>	12 問診票の、身体活動に関する質問を適切に行える。	8	7

連絡事項:

調査員は、所定のトレーニングを調査の前日までに受け、本チェックシートを結核予防会事務局まで送付下さい。

# ND2010 調査員台帳

ND2010 結核予防会事務局 佐藤 行き

FAX: 050-3488-6953

協力健診機関コード \_\_\_\_\_

協力健診機関名 \_\_\_\_\_

調査員ID	フリガナ 氏 名	検査技師の 場合 記入 ✓	研修を行った日	JATA事務局報告日
			22年 8月 6日	
			年 月 日	年 月 日
			年 月 日	年 月 日
			年 月 日	年 月 日
			年 月 日	年 月 日
			年 月 日	年 月 日
			年 月 日	年 月 日
			年 月 日	年 月 日
			年 月 日	年 月 日
			年 月 日	年 月 日
			年 月 日	年 月 日
			年 月 日	年 月 日
			年 月 日	年 月 日
			年 月 日	年 月 日
			年 月 日	年 月 日
			年 月 日	年 月 日

# ND2010 調査員台帳

ND2010 結核予防会事務局 佐藤 行き

FAX: 050-3488-6953

協力健診機関コード \_\_\_\_\_

協力健診機関名 \_\_\_\_\_

調査員ID	フリガナ 氏 名	検査技師の 場合 記入	研修を行った日	JATA事務局報告日
			22年 8月 6日	
			年 月 日	年 月 日
			年 月 日	年 月 日
			年 月 日	年 月 日
			年 月 日	年 月 日
			年 月 日	年 月 日
			年 月 日	年 月 日
			年 月 日	年 月 日
			年 月 日	年 月 日
			年 月 日	年 月 日
			年 月 日	年 月 日
			年 月 日	年 月 日
			年 月 日	年 月 日
			年 月 日	年 月 日
			年 月 日	年 月 日

<事前調査費用(脱明研修会、自治体・保健所との打ち合わせ、調査実施場所下見) 見本>

証拠書類番号	22国厚科	-
--------	-------	---

滋賀医科大学 慶

納品書

¥ 43,220-

但し、下記内訳のとおり (単位:円)

品名	数量	単位	単価	金額	備考
NIPPON DATA2010 事前調査				43,220	
【内訳】					社内規定による
交通費					
広島市南区皆実町~ 東京都千代田区三崎町	1	人	35,220	35,220	
宿泊費	1	人	8,000	8,000	
計				43,220	

上記のとおり納品します。

平成\_\_年\_\_月\_\_日  
 社名 \_\_\_\_\_ 社印 \_\_\_\_\_  
 住所 \_\_\_\_\_  
 代表者氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

<事前調査費用(脱明研修会、自治体・保健所との打ち合わせ、調査実施場所下見) 見本>

証拠書類番号	22国厚科	-
--------	-------	---

滋賀医科大学 慶

見積書

¥ 43,220-

但し、下記内訳のとおり (単位:円)

品名	数量	単位	単価	金額	備考
NIPPON DATA2010 事前調査				43,220	
【内訳】					社内規定による
交通費					
広島市南区皆実町~ 東京都千代田区三崎町	1	人	35,220	35,220	
宿泊費	1	人	8,000	8,000	
計				43,220	

上記のとおり見積りします。

平成\_\_年\_\_月\_\_日  
 社名 \_\_\_\_\_ 社印 \_\_\_\_\_  
 住所 \_\_\_\_\_  
 代表者氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

<事前調査費用(説明研修会、自治体・保健所との打ち合わせ、調査実施場所下見) 見本>

証拠書類番号 22回厚科

滋賀医科大学 殿

請 求 書

〒 43, 220-

但し、下記内訳のとおり

品 名	数 量	単 位	単 価	金 額	備 考
NIPPON DATA2010 資料調査				43, 220	
【内訳】 交通費					社内規定による
広島市南区都賀町~ 東京都千代田区三崎町	1	人	35, 220	35, 220	
宿泊費	1	人	8, 000	8, 000	
計				43, 220	

上記のとおり請求します。

平成\_\_年\_\_月\_\_日

社 名 \_\_\_\_\_ 社印 \_\_\_\_\_  
 住 所 〒 \_\_\_\_\_  
 代表者氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

<調査費用作成見本>

証拠書類番号 22国厚科 -

滋賀医科大学 庶務

納品書

〒 500,406-

但し、下記内訳のとおり

品名	数量	単位	単価	金額	備考
NIPPON DATA2010 調査				500,406	
【内訳】 調査費	8	箇所	50,000	400,000	調査一式
交通費				100,406	社内規定による
大津市におの浜～ 東京都千代田区三崎町	2	回	32,100	64,200	2人×1回
大津市におの浜～ 長浜市高田町	2	回	1,327	2,654	2人×1回
大津市におの浜～ 伊香郡木之本町木之本	1	回	1,760	1,760	
大津市におの浜～ 福井県敦賀市筋生野	2	回	2,296	16,792	2人×1回
宿泊費	2	回	7,500	15,000	2人×1泊
計				500,406	

上記のとおり納品します。

平成 年 月 日

社名 \_\_\_\_\_ 社印 \_\_\_\_\_  
住所 \_\_\_\_\_  
代表者氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

<調査費用作成見本>

証拠書類番号 22国厚科 -

滋賀医科大学 庶務

見積書

〒 500,406-

但し、下記内訳のとおり

品名	数量	単位	単価	金額	備考
NIPPON DATA2010 調査				500,406	
【内訳】 調査費	8	箇所	50,000	400,000	調査一式
交通費				100,406	社内規定による
大津市におの浜～ 東京都千代田区三崎町	2	回	32,100	64,200	2人×1回
大津市におの浜～ 長浜市高田町	2	回	1,327	2,654	2人×1回
大津市におの浜～ 伊香郡木之本町木之本	1	回	1,760	1,760	
大津市におの浜～ 福井県敦賀市筋生野	2	回	2,296	16,792	2人×1回
宿泊費	2	回	7,500	15,000	2人×1泊
計				500,406	

複数地区実施の場合、  
一括作成して下さい。

上記のとおり見積りします。

平成 年 月 日

社名 \_\_\_\_\_ 社印 \_\_\_\_\_  
住所 \_\_\_\_\_  
代表者氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_



\*調査実施費用の合計が、50万円以上（消費税込）の場合、  
見積書、納品書、請求書に加えこの請求書を作成願います。

滋賀医科大学 限

証拠書類番号 22国厚科

請 書

平成 年 月 日

社 名 \_\_\_\_\_ 社印 \_\_\_\_\_  
住 所 \_\_\_\_\_  
代表者氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

今般下記のとおり物品の納入をお断け致しましたので、期限までに相違なく履行致します。  
万一違約の際は貨物の契約関係書類に基づきいかなる処分を受けましても責難の申し立てを致  
しません。

記

履行場所 \_\_\_\_\_  
履行期限 平成 年 月 日  
支払条件 履行後  
金額 500,406 円

但し、下記内訳のとおり (単位:円)

品名	数量	単位	単価	金額	備考
NIPPON DATA2010 調査				500,406	
【内訳】	8	箇所	50,000	400,000	調査一式
交通費				100,406	社内規定による
大津市におの浜～ 東京都千代田区三崎町	2	回	32,100	64,200	2人×1回
大津市におの浜～ 長浜市高田町	2	回	1,327	2,654	2人×1回
大津市におの浜～ 伊香郡木之本町木之本	1	回	1,760	1,760	
大津市におの浜～ 福井県敦賀市蒔生野	2	回	2,296	16,792	2人×1回
宿泊費	2	回	7,500	15,000	2人×1泊
計				500,406	

上記のとおり請求します。

平成 年 月 日

社 名 \_\_\_\_\_ 社印 \_\_\_\_\_  
住 所 \_\_\_\_\_  
代表者氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

<調査費用作成見本>

証拠書類番号 22国厚科

滋賀医科大学 限

請 求 書

500,406 円

但し、下記内訳のとおり

(単位:円)

品名	数量	単位	単価	金額	備考
NIPPON DATA2010 調査				500,406	
【内訳】	8	箇所	50,000	400,000	調査一式
交通費				100,406	社内規定による
大津市におの浜～ 東京都千代田区三崎町	2	回	32,100	64,200	2人×1回
大津市におの浜～ 長浜市高田町	2	回	1,327	2,654	2人×1回
大津市におの浜～ 伊香郡木之本町木之本	1	回	1,760	1,760	
大津市におの浜～ 福井県敦賀市蒔生野	2	回	2,296	16,792	2人×1回
宿泊費	2	回	7,500	15,000	2人×1泊
計				500,406	

資料 18

**厚生労働省発、自治体宛て書面（6月16日付）**

「平成22年度国民健康・栄養調査担当者会議」の開催について

191 ページを参照ください。

## 「循環器病の予防に関する調査（NIPPON DATA2010）」に関する 対応について

(1)心電図検査で確保しなくてはいけないスペース(広さ)はどのくらいか。心電図検査で使用するスペースの他に、臨床検査技師の方等が準備をする部屋等も必要か。

(回答)

ECG測定スペースとして布団二枚のスペースが必要、スタッフの部屋は不要です。

(2)尿検査で確保しなくてはいけないスペース(広さ)はどのくらいか。

(回答)

尿検体カップをおくスペースがあれば結構です(学校机二つ程度)。

(3)問診については、心電図検査と別にスペースを確保する必要があるか。

(回答)

同意・説明・問診スペースが必要です(長机二つ分程度)。

(4)問診については、派遣チームが担当するのか。

(回答)

調査員を派遣いたします。

(5)心電図計には電源の確保は必要か。(どのくらいのものが、いくつ必要か。)

(回答)

電源が1つ必要です。通常の交流電源(100V)、使用電力は100W程度です。

(6)心電図検査にはベットは必要か。(持ち込まれるか、こちらで確保するのか。必要な場合は、何台必要か。)

(回答)

心電図検査台が1つ必要です。心電図検査台は、現場に長机などあれば活用できます。できる限り現場で用意できるようご配慮いただくとありがたいです(同時に複数箇所での検査実施となることが考えられるため、調整が難しい可能性があります)。現場での用意が困難な場合は、持ち込みも可能と考えますが、その場合健診機関との調整が必要となります。

(7) ベット同様、つい立て、着替え籠等も持ち込まれるか、こちらで確保するのか。

(回答)

心電図検査台(長机)、つい立て、着替え籠など、できる限り現場で用意できるようにご配慮いただけるとありがたいです(同時に複数箇所での検査実施となることが考えられるため、調整が難しい可能性があります)。現場での用意が困難な場合は、持ち込みも可能と考えますが、その場合健診機関との調整が必要となります。

(8) 派遣していただく方は、1チーム何名で派遣されるか。

(回答)

調査員2名派遣です。

(9) 機器を運ぶための車をとめる駐車場の確保は必要か。(派遣されるチームの方は、機器を運ぶ車で一緒に来場するのか。それとも、その方々の分の駐車スペースも確保しないといけないか)

(回答)

駐車スペースはバン1台分をお願いいたします。

(10) 身体状況調査は、地区によって開場時間が違うが、こちらの開場時間に合わせてきていただけるのか。

(回答)

国民健康・栄養調査の実施時間に合わせます。

(11) 設営にはどのくらいの時間がかかるか。(会場を借りるのに、設営分の時間も借りるかたちになると思われるため。)

(回答)

40分プラスアルファと考えています。駐車場が近いなど、搬入等が容易な場所で40分、階段を使って上階に搬入といった場合、プラスアルファの時間がかかることが考えられます。

(12) 事前調整等はどのように行うか。

(回答)

8月10日以降に、研究班の健診機関担当者等より、保健所または自治体担当者にご連絡し、調整の打ち合わせをさせていただきます。

これら、実際の調査の手順につきましては、8月6日に各健診機関の担当者を集めた説明会を開催し、周知する予定です。

資料 20

## 保健所宛依頼文章

230 ページを参照ください。

平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金（指定型）  
「2010 年国民健康栄養調査対象者の追跡開始（NIPPON DATA2010）と  
NIPPON DATA80/90 の追跡継続に関する研究」

循環器病の予防に関する調査（NIPPON DATA2010）  
ND2010 調査マニュアル  
（改訂版）

平成 22 年 9 月 1 日発行

発行者 NIPPON DATA2010 中央事務局  
〒520-2192 滋賀県大津市瀬田月輪町  
滋賀医科大学社会医学講座公衆衛生学部門内  
（教授 三浦 克之）  
電話 077-548-2191 FAX 077-543-9732  
NIPPON DATA2010 結核予防会事務局  
〒100-0061 東京都千代田区三崎町 1-3-12  
公益財団法人 結核予防会第一健康相談所内  
（所長 岡山 明）  
電話 03-3292-9285 FAX 03-3292-9225

## 業務完了報告電話メモ

\_\_\_\_月 \_\_\_\_日 \_\_\_\_時 \_\_\_\_分

入力済み

健診機関から調査完了の電話がありましたら、星印の内容は必ず確認ください。  
(そのほかの項目はマニュアルでは報告する内容ですので、報告があれば記録ください)

\*ND 地区番号 \_\_\_\_\_ 国調地区番号 \_\_\_\_\_  
(ND 地区番号は 1000 番台)

市郡番号 \_\_\_\_\_

\*都道府県名 \_\_\_\_\_ \*保健所名 \_\_\_\_\_

\*協力健診機関名 \_\_\_\_\_ 健診機関担当者 \_\_\_\_\_

受診者数 \_\_\_\_\_ 名

\*宅配便 業者名 ゆうパック クロネコヤマト

\*送り状 No \_\_\_\_\_

\*到着日予定 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

電話受け者サイン \_\_\_\_\_

<b>宅配便受取票</b>		真能母林
保健所	地区	調査地区所在地
地区	調査日	開始時間
コード		終了時間
健診機関		
健診機関 担当者	健診機関 当日調査責任者	Fax担当者
終了時刻	担当者	FAX受領
宅配便伝票番号		宅配便到着予定日
Fax同意人数		同意者帳票ファイル数
宅配便受け	<input type="checkbox"/> 受領済み	宅配便受領者サイン
宅配便受取日		
SRL血液検査依頼票	SRL尿検査依頼票	調査台帳
<input type="checkbox"/> 受領済み	<input type="checkbox"/> 受領済み	<input type="checkbox"/> 受領済み
同意書確認		
	確認者サイン	同意書の不備の有無
第一担当者		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
第二担当者		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
血液・尿検体依頼票確認		
	確認者サイン	依頼票の不備の有無 責任者サイン
第一担当者		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
第二担当者		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
SRLへの連絡		
	SRL連絡日	SRL連絡者サイン
		<input type="checkbox"/> 済み
SRL Fax受領確認 <input type="checkbox"/> 受領済み		
連絡事項	ファイルメーカー に入力済み	<input type="checkbox"/>





作業手順の詳細について作業手順書より抜粋

### 第一担当者の作業手順

#### 宅配便の配送遅れ、到着の確認と当日の宅配便処理票の印刷

1. 宅配便受け取り担当者はファイルメーカーの表紙レイアウトの“宅配便遅延地区検索” ボタンをクリックし、検索する。  
→ 該当のレコードがあった場合は、ヤマト運輸あるいはゆうパックのお問い合わせサービスボタンをクリックし、送り状ナンバーを入力して現在の状態を確認してください。  
→ 到着予定日が変更になっている場合は変更してください。到着済みの場合は守衛室(\*\*\*\*)で荷物を預かっているかを確認してください。  
→ トラブルがあった場合、発送日から到着予定日が3日以上の場合は事務局長に報告してください。(例 11/1 調査日の場合は 11/4 以降に届く場合)  
→ 確認が終わったら表紙に戻ってください。
2. 表紙から宅配便未到着地区ボタンをクリックして未到着地区の有無を確認してください。  
→ 該当レコードがある場合は当日責任者に報告してください。
3. 該当レコードがない場合は表紙に戻るをクリックしてください。
4. 調査処理票印刷する。本日、到着予定地区の宅配便受取票、Fax 送信票、受取番号票が印刷されます。
5. クリアファイル入れから青のクリアファイルを出し宅配便受取票、Fax 送信票を地区ごとに青のクリアファイルに入れ、受取番号票は一つのクリアファイルにまとめて入れてください。すべてを宅配便受取 box に入れる。

#### A. 宅配便受取

1. 宅配便が到着したら受け取り、所定の部屋で保管。
2. 宅配便受取 box から該当地区のクリアファイルを出し宅配便受取票と宅配便伝票番号を確認する。受取番号票は宅配便を開封した順番に1番から順にND地区番号を記載して使用する。
3. 確認が終わったら送付されてきた箱の上にND地区番号を記入する。送付票を箱からはがして所定の箱に入れる。

#### 宅配便開封

4. 届いた順番に開封し、送付票、調査台帳、尿及び血液検査依頼票、帳票ファイルを取り出し、調査台帳(Aフォーム)の同意者人数、同意者の帳票ファイルの冊数が同一であることを確認する。帳票ファイルの冊数を宅配便受取票に記載する。
5. 宅配便受取票の「宅配便受け」及び「SRL血液検査依頼票」、「尿検査依頼票」、「調査台帳」の欄に受領済みのチェックを入れる。「宅配便受取日」に日付を記入し、「受領者サイン欄」にサインをする。
6. 青のクリアファイルに「宅配便受取票」、「Fax 送信票」、「送付票 (Fフォーム)」、「調査台帳(Aフォーム)」、「尿検査依頼票」、「血液検査依頼票」を挟み、帳票ファイルとともに順にカラーボックスに入れる。未使用の帳票類は箱に残し、所定の場所に保管。
7. 受取票の地区コード番号を受取番号票(2部ともに)に記入する。
8. 受取番号票(2部とも)をカラーボックスの外側のフォルダに挟み所定の場所にカラーボックスの受取番号順に並べる。

## B. 同意書・検査依頼票処理手順

1. 受取番号票の①番から順次処理を行う。

### 内容確認

2. カラーボックスから中身を取り出し、調査台帳、尿検査依頼票、血液検査依頼票をコピー(以下コピーを〇〇写しと記載)する。原本は元のクリアファイルに戻しカラーボックスに戻す。
3. 調査台帳写しの受付番号1番の帳票ファイルから順に帳票を取り出し、確認票(Bフォーム)に記載された3種のフォームおよび心電図が存在するかを確認する。  
→ 同意書(Cフォーム)が欠けている場合  
同意書が欠けている場合は帳票類を元のクリアファイルに戻す。受取番号票をコピーし、新しい緊急処理 box①の外側のフォルダに挟む。該当地区の緊急処理 box①に帳票類を入れる。調査台帳写しのカナ氏名に×をつけ、蛍光ペンでラインを引く。該当者枠の欄外に赤で同意書なしと記載する。
- 同意書以外の帳票類が欠けている場合  
確認票をコピーし、欠け帳票とカラーボックスに記載のコード番号を記載する。新しい要確認 box に受取番号票をコピーして外側のフォルダに挟む。該当地区の要確認 box にコピーした確認票を入れる。調査台帳写しの該当者枠の欄外に赤で帳票欠けを記載する。
4. 確認が終わったら同意書以外をクリアファイルに戻し、カラーボックスに戻す。

### 同意書の確認

5. 同意書のご協力いただけるものの○が付いている番号と調査台帳写しの“同意”欄の○が付いている番号が同じであることを確認する。  
→ 同意書に○が付いていないのに調査台帳写しに○が付いている場合は赤字で調査台帳写しの該当番号に×を、○が付いているのに調査台帳写しについていない場合は赤字で○を記入する。
6. 署名欄に氏名、署名日、生年月日、住所、説明日、説明者の記載があることを確認する。
  1. 同意書の①本日の調査にご協力くださいに○がないあるいは署名欄の署名あるいは署名日がない場合(同意書が有効でない場合)  
→ 受取番号票をコピーし、新しい緊急処理 box②の外側のフォルダに挟む。同意書写し、同意書と残りの帳票類はクリアファイルに入れ、該当地区の緊急処理 box②に入れる。  
→ 調査台帳写しのカナ氏名に×をつけ蛍光ペンでラインを引き該当者枠の欄外に赤で同意書不適と記載する。
  2. 上記以外で同意書の記載事項に一部、欠けがみられる場合  
→ 同意書をコピーし、コピーした同意書の欠け部分にアンダーラインを引き、新しい黄色のクリアファイルに入れた後に該当地区の要確認 box に入れる(ない場合は新しい要確認 box の外側のフォルダに受取番号票をコピーして挟み該当地区の要確認 box を作成)。  
→ 調査台帳写しの該当者枠の欄外に欠けている内容を記載する(例：住所なし)。
7. 確認できたら調査台帳写しの受付番号の左側にチェックを入れる。
8. 新しいクリアファイル(ピンク)に同意書を入れる。
9. 調査台帳写しの同意者すべてについて確認を行う。
10. 宅配便受取票の同意書確認者サイン欄にサインをして同意書の不備の有無にチェックを入れる(要確認 box を使用した場合は不備の有無は無にチェックする)

## 検査依頼票の確認

11. 次に調査台帳写しと、血液検査依頼票写し、尿検査依頼票写しを照合し、台帳写しのカナ氏名、受付番号が一致する場合は血液検査依頼票写し、尿検査依頼票写しの氏名欄左側にチェックを入れる。
  - 血液検査依頼票写し、尿検査依頼票写しの該当者が台帳に載っていない場合（同意書なしあるいは同意書不適と記載）は、依頼票の検体 No から氏名の欄に蛍光ペンでラインを引く。カナ氏名と受付番号が不一致の場合は受付番号に蛍光ペンでラインを引く
  - 調査台帳には記載があるが血液検査あるいは尿検査依頼票写しに記載がない場合は調査台帳の血液検査依頼票あるいは尿検査依頼票が“欠”となっていないかを確認する。“欠”になっている場合はそのまま処理を続ける。“欠”となっていない場合は、事務局長（不在の場合は当日責任者）に報告する。
12. 続いて同意書と血液および尿検査依頼票についての確認作業に移る。
13. 血液および尿検査依頼票の受付番号 1 番の協力者から順に受付番号で同意書と照合し該当者の同意書に“①本日の調査にご協力ください”に○があり署名及び署名日があることを確認する。
  - 同意書がない場合は該当の依頼票写しの検体 No から氏名の欄に蛍光ペンでラインを引く
14. 上記(13.)の確認作業を血液および尿検査依頼票の対象者全員に対して行う。
15. 確認終了後同意書は元のクリアファイルに戻し、「宅配便受取票」、「Fax 送信票」、「調査台帳(A フォーム)写し」、「尿検査依頼票写し」、「血液検査依頼票写し」を新たな緑のクリアファイルに入れる。
16. 確認が終了後に宅配便受取票の依頼票確認者サインの欄にサインをし、依頼票の不備の有無にチェックを入れる。
17. 終了後にカラーボックスにすべての帳票類を戻し、所定の場所(再確認 box 置き場)に置く。緊急処理 box①、緊急処理 box②、要確認 box は所定の置き場に置く。同意書あるいは依頼票の不備の有無のありにチェックした場合（緊急処理 box①、緊急処理 box②を使用した場合あるいは、依頼票に蛍光ペンでラインを引いた場合）、要確認 box を使用した場合は責任者に報告する

## 第二担当者 作業手順

### A. 再確認

1. 再確認 box 置き場にあるもっとも受取番号の若いものから順次処理を行う。
  - 同意書の再確認 第一担当者と同じ
  - 検査依頼票の再確認 第一担当者と同じ
  - 報告：当日責任者への報告
2. 不備がなかった場合は、当日責任者に終了を報告し、確認を求める。確認後に宅配便受取票の責任者サイン欄に署名をもらう。
3. カラーボックスから緑とピンクのクリアファイルを取り出し残りを Scan 依頼場所に移動する。
4. 受取番号票を一枚 box から外して同意書の入っているクリアファイルの一番上に入れクリアファイルのまま、同意書 Scan 依頼の box に入れる。
5. SRL への報告の手順に移る。