

## 参加申込フォームへの入力と送信の手順

まず、ホームページの[参加申込フォーム](#)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で構いません。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  <a href="#">(サーベイランス対象手術手技を確認すること)</a> <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)
------------------	--

## 参加申込フォームへの入力と送信の手順

### 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"/>

## 参加申込フォームへの入力と送信の手順

### 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。

医療機関  
参加部門の公表  
\* 必須

⑧

・参加医療機関の名称、参加部門は原則として公表します。  
・万が一公表を希望しない場合にのみ、「公表を希望しない」を選択し、下記の「非公表理由」に記載してください。

公表を希望する

公表を希望しない

非公表理由  
こちらに非公表理由を入力してください。

### 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。

ホームページURL

⑨

ホームページをお持ちの医療機関は入力してください。

### ⑩ 私はロボットではありません

チェックを入れると画像認証が出現します。画像認証を「JANIS」となるよう正しく並べ直してください。

私はロボットではありません

\* 必須

⑩

画像認証

画像を並べ替えてJANISを作成してください。

ANI JAS

画像認証

画像を並べ替えてJANISを作成してください。

JANIS

### ⑪ 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

入力内容をクリアする場合は【リセット】ボタンをクリックしてください。

⑪

確認

リセット

## 参加申込フォームへの入力と送信の手順

### ⑫ 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。

	コード	手術手技	説明
⑫ <input type="checkbox"/>	AAA	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"/>	AAE	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"/>	AMP	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

### ⑬ 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"/>	XLAP	腹部手術	消化管や胆道系を操作しない腹部手術
--------------------------	------	------	-------------------

⑬

### ⑭ 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。

#### 参加申込内容確認

以下の内容でJANISへ参加を申し込みます。

よろしければ、『参加申込』ボタンをクリックしてください。

内容を修正する場合は、『修正』ボタンをクリックしてください。

⑭