

2025年度 医療の質可視化プロジェクト

ユーザー情報/アンケート登録 > 申し込み内容確認 > 完了

以下の項目に必要な事項をご記入後、「次へ」ボタンをクリックしてください。

必須 の項目は必ずご記入ください。

個人情報の取扱い	サイトの利用規約 第1条 （利用規約） この利用規約（以下「本規約」という。）は、公益財団法人日本医療機能評価機構（以下「当機構」という。）が運営するセミナー申込、書籍等の購入及び審査の申込等に関するWebシステムであるこの
----------	--

個人情報の取り扱いに同意する 必須	☐ 同意する
病院名 必須	全角（例 医療法人はなまる会 にここ病院）
医療機関コード（10桁） 必須	「都道府県コード：2桁」＋「点数区分コード：1桁」＋「機関ごとのコード：7桁」の10桁の数字をご入力ください。 入力後、10桁であることを確認ください。 半角数字（例 2219999999） ※医療機関コードは、指標を提出いただく際にも入力いただきます。 ※医療機関コードの桁数不足の状態での登録が増えています。必ず、入力後10桁であることをご確認ください。
病院 郵便番号 必須	- 半角数字（例 101-0061）
病院 都道府県 必須	
病院 住所（市区町村・番地まで） 必須	 （例 千代田区神田三崎町1-4-17） ※英数字は半角で入力してください
病院 住所（建物名等）	（例 東洋ビル）
電話番号 必須	半角数字（例 03-5217-2320）
FAX番号	半角数字（例 03-5217-2327）

主担当者 部署・役職 必須	主担当者は、当機構との窓口として、連絡のやり取りをさせていただきます。
主担当者 氏名 必須	
主担当者 フリガナ 必須	 ※姓・名の間のスペースは不要です。
主担当者 E-mailアドレス 必須	半角文字 (例 user@smktg.jp) ※E-mailアドレスの入力間違いが多くなっております。ご注意ください。
副担当者 部署・役職 必須	副担当者は、主担当者にご連絡がつかない場合等にご連絡いたします。
副担当者 氏名 必須	
副担当者 フリガナ 必須	 ※姓・名の間のスペースは不要です。
副担当者 E-mailアドレス 必須	 ※E-mailアドレスの入力間違いが多くなっております。ご注意ください。
開設主体 必須	▼選択してください
許可病床数 必須	半角数字 (例 200)
役割・機能 必須	☐ 特定機能病院 ☐ 地域医療支援病院 ☐ その他
医療安全対策加算 取得状況 必須	☐ 医療安全対策加算 1 ☐ 医療安全対策加算 2 ☐ 該当なし
感染対策向上加算 取得状況 必須	☐ 感染対策向上加算 1 ☐ 感染対策向上加算 2 ☐ 感染対策向上加算 3 ☐ 該当なし
褥瘡ハイリスク患者ケア加算 取得状況 必須	☐ 算定あり ☐ 該当なし
データ提出区分 必須	☐ 大学病院本院群 ☐ DPC特定病院群 ☐ DPC標準病院群 ☐ DPC準備病院 ☐ データ提出加算取得病院 ☐ 該当なし
団体等QI事業 参加状況 必須	現在（申込時点）、各団体主催のQI事業に参加している場合は、当該団体をチェックしてください。参加していない場合は「該当なし」をチェックしてください。 ☐ 日本病院会 ☐ 恩賜財団 済生会 ☐ 日本赤十字社 ☐ 日本慢性期医療協会 ☐ 全日本民医連 ☐ その他団体・グループ

	☐ 全国自治体病院協議会 ☐ 国立病院機構 ☐ 該当なし ☐ 全日本病院協会 ☐ 地域医療機能推進機構 ☐ 日本看護協会 ☐ 労働者健康安全機構 ※「その他団体・グループ」を選択した場合は、次のテキスト欄に参加団体名を入力してください。
団体等QI事業 参加状況 その他	上記で「その他団体・グループ」を選択した方はご記入ください。
備考	

病院名の公表可否 必須	※本事業サイトに「プロジェクト協力病院一覧」として、病院名を公表する予定です（計測値と紐づいた形では公表しません）。 病院名の公表を ☐ 希望する ☐ 希望しない
主たる病院機能 必須	※病棟・病床単位ではなく、<u>病院全体として他施設比較を希望する主たる機能を選択してください。</u> ☐ 急性期機能（状態の早期安定化に向けて、急性期の患者に医療を提供する機能） ☐ 回復期機能（在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能） ☐ 慢性期機能（長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能） ☐ 急性期＋回復期機能 ☐ 急性期＋慢性期機能 ☐ 回復期＋慢性期機能 ☐ 精神科医療（精神疾患を有する者に対する医療を提供する機能） ☐ その他

次へ>

お問い合わせ

公益財団法人日本医療機能評価機構 医療の質向上のための体制整備事業 事務局

TEL：03-5217-2326 FAX：03-5217-2331

E-mail：qi_pilot@jcqhc.or.jp

〒101-0061 東京都千代田区神田三崎町1-4-17 東洋ビル

2025年度 医療の質可視化プロジェクト

ユーザー情報/アンケート登録 > 申し込み内容確認 > 完了

以下の内容でよろしければ、「登録する」ボタンをクリックしてください。

※内容を修正する場合は、「戻る」ボタンをクリックし、該当画面まで戻って修正してください。

個人情報の取り扱い に同意する	
病院名	
医療機関コード（10 桁）	
病院 郵便番号	
病院 都道府県	
病院 住所（市区町 村・番地まで）	
病院 住所（建物名 等）	
電話番号	
FAX番号	
主担当者 部署・役職	
主担当者 氏名	
主担当者 フリガナ	
主担当者 E-mailアド レス	
副担当者 部署・役職	
副担当者 氏名	
副担当者 フリガナ	
副担当者 E-mailアド レス	
開設主体	▼選択してください
許可病床数	

役割・機能	
医療安全対策加算 取得状況	
感染対策向上加算 取得状況	
褥瘡ハイリスク患者 ケア加算 取得状況	
データ提出区分	
団体等QI事業 参加状況	
団体等QI事業 参加状況 その他	
備考	

病院名の公表可否	
主たる病院機能	

戻る

登録する

お問い合わせ

公益財団法人日本医療機能評価機構 医療の質向上のための体制整備事業 事務局
TEL：03-5217-2326 FAX：03-5217-2331
E-mail：qi_pilot@jcqhc.or.jp
〒101-0061 東京都千代田区神田三崎町1-4-17 東洋ビル

Copyright(C) Japan Council for Quality Health Care. All Rights Reserved.
[プライバシーポリシー](#)

公益財団法人 日本医療機能評価機構
〒101-0061 東京都千代田区神田三崎町 1-4-17 東洋ビル

2025年度 医療の質可視化プロジェクト

ユーザー情報/アンケート登録 > 申し込み内容確認 > 完了

お申し込みいただきありがとうございます。

ご登録いただきました、主担当者メールアドレス宛に登録完了メールが送信されます。

届かない場合は、下記お問い合わせ先へご連絡下さい。

※システムより送信しているため「迷惑メール」に振り分けられる場合があります。

お問い合わせ

公益財団法人日本医療機能評価機構 医療の質向上のための体制整備事業 事務局

TEL：03-5217-2326 FAX：03-5217-2331

E-mail：qi_pilot@jcqhc.or.jp

〒101-0061 東京都千代田区神田三崎町1-4-17 東洋ビル

Copyright(C) Japan Council for Quality Health Care. All
Rights Reserved.
[プライバシーポリシー](#)

公益財団法人 日本医療機能評価機構
〒101-0061 東京都千代田区神田三崎町 1-4-17 東洋ビル