

業務実態調査 回答の流れ

プリバドへのログイン方法

1, プリバドのログイン画面にアクセスします

ログインのURL

https://e-privado.medikiki-hp1.com/login

プリバドのログインID/PWでログインします。



プリバドのログインIDは会員番号の頭に「0（ゼロ）」をつけた6桁の数字です。

会員番号「×××」の場合、IDは「000×××」になります。

2, プリバドのログイン画面にアクセスします

【業務実態調査2022】はこちらをクリックします。



業務実態調査2022の詳細画面に遷移します

回答の流れ

TOP / 告知一覧 / 業務実態調査2022について

業務実態調査2022について

掲載開始日：2022/09/27 お知らせ

臨床工学技士の資質の向上に向けて、ご自身のご意見・状況をお伝えください。
実態調査は行政機関への政策提言や関連団体との折衝に使用する根拠となります。
調査には会員の皆様お一人お一人のご協力が必要です。ぜひご自身のご意見・状況を訴えてください。
なお、回答すると個人情報は記録として残ります。答えにくい設問は任意回答にするなど配慮を進めております。
また、個人情報や得られた回答は、安全に配慮し適切に管理することを徹底いたします。

業務実態調査2022の流れ

1. 各調査名をクリックするとログイン画面に遷移します。
2. e-プリバドのID/PWを入力してログインしてください。
3. ログインするとアンケート回答画面が開きますので、ご回答ください。

業務実態調査2022の回答について

1. 「個人調査」正会員全員が回答
2. 「施設調査」施設代表者が回答
3. 「施設調査」の中に「施設基本調査」に加え、血液浄化、呼吸療法、在宅呼吸療法、集中治療、心臓・血管カテーテル、内視鏡、手術室、不整脈アブレーション治療、心臓植込み型デバイス関連、高気圧酸素治療、ハイパーサーミアがございます。
項目数が多いこと、一時保存ができないこと、回答終了後は修正できないことから回答要領を印刷して記載の上、入力いただくことをお勧めいたします。

調査名をクリックします

1. 業務実態調査2022個人調査解説 PDFはこちら
2. 業務実態調査2022施設調査解説 PDFはこちら
3. 業務実態調査2022施設調査アドオン血液浄化解説 PDFはこちら
4. 業務実態調査2022施設調査呼吸アドオン解説 PDFはこちら
5. 業務実態調査2022施設調査在宅呼吸療法アドオン解説 PDFはこちら
6. 業務実態調査2022施設調査集中治療アドオン解説 PDFはこちら
7. 業務実態調査2022施設調査心臓・血管カテーテルアドオン解説 PDFはこちら
8. 業務実態調査2022施設調査内視鏡アドオン解説 PDFはこちら
9. 業務実態調査2022施設調査手術室アドオン解説 PDFはこちら
10. 業務実態調査2022施設調査不整脈アブレーション治療関連業務アドオン解説 PDFはこちら
11. 業務実態調査2022施設調査心臓植込み型デバイス関連業務アドオン解説 PDFはこちら
12. 業務実態調査2022施設調査高気圧酸素治療アドオン解説 PDFはこちら
13. 業務実態調査2022施設調査ハイパーサーミアアドオン解説 PDFはこちら

アンケートのログイン画面に遷移します。
e-プリバドのログインID/PWを入力してください。

Medikiki.com

ログインID
ログインIDを入力してください

パスワード
パスワードを入力してください

ログイン

パスワードをお忘れの方はこちら

回答画面に遷移しますのでご回答をお願いいたします。

詳細

業務実態調査2022_アブレーションアドオン

調査期間：2022/09/30 (金) 00:00 ~ 2022/10/31 (月) 23:59

業務実態調査2022_施設調査_不整脈アブレーション治療関連業務アドオン解説

目的：施設調査の各設問の目的、定義、対象を記載することで、何の目的で調査するのか、どのように活用されるのかについて理解いただきご回答いただくことを目的としました。
所属する施設の責任者または担当者の方にご回答ください。【施設代表者】
このアドオン調査は、施設基本調査の「施設代表者」の回答で不足部分のアドオンアブレーション調査を実施させていただきます。施設基本調査の回答によりアドオン調査に回答を求められた施設を対象としております。事前に施設基本調査の回答をお願いします。

アドオン調査は、血液浄化、呼吸療法、在宅呼吸療法、集中治療、心臓・血管カテーテル、内視鏡、手術室、不整脈アブレーション治療、心臓植込み型デバイス関連、高気圧酸素治療、ハイパーサーミアがございます。

※1.施設名を記載してください。 [必須]

目的：施設名の重複把握、施設の種類実態の把握のため、定義：貴施設の施設名を記載する。対象：2022年10月1日時点

※2.所属する都道府県医師会を記載してください。 [単一回答]

目的：所属地域別の分析に使用する。定義：所属する都道府県医師会を選択する。対象：2022年10月1日時点

※3.不整脈カテーテルアブレーションに従事する臨床工学技士は別名を記載してください。 [必須]

目的：アブレーション業務に従事している臨床工学技士の業務を把握する。定義：従事している臨床工学技士がない場合は空欄を入力。対象：2022年10月1日時点

※4.不整脈カテーテルアブレーションについて施設基本調査と併せて回答を記載してください。 [任意回答]