

肝臓専門医療機関指定申請書

年 月 日

神奈川県知事 様

開設者の住所及び氏名（法人の場合は、主たる事業所の所在地、名称及び代表者の職氏名）

住 所

名 称

（職）氏名

電 話

肝臓専門医療機関の指定を受けたいので、申請します。

医療機関名	
医療機関の所在地	
医療機関の電話番号	
医療機関の代表者名	
医療機関コード	

以下、1～6の要件をそれぞれ満たす場合は、各要件のチェック欄に○を入れてください。

※1～3の要件は、指定を受けるための必須要件です。

【チェック欄】

1	日本肝臓学会または日本消化器病学会に属する肝臓の専門医、もしくはそれと同等の学識、技術を習得した医師による診断（活動期及び病気を含む）と治療方針の決定が可能である。	<input type="checkbox"/>
---	--	--------------------------

チェックを入れた場合、次の専門医名簿を必ず記載してください。

専門医名簿

専門医氏名	所属学会等（あてはまるものに○を記入）		左記学会には所属しないが、同等の学識・技術を習得している専門医（該当の場合は○を記入）
	日本肝臓学会	日本消化器病学会	

※専門医であることが分かる資料（専門医証の写し等）を必ず添付してください（日本肝臓学会の場合は省略可）。

（次ページへ続く）

【チェック欄】

2	肝炎患者の状態に応じて、インターフェロン治療、インターフェロンフリー治療及び核酸アナログ製剤治療のいずれかの抗ウイルス療法を適切に選択及び実施し、治療後もフォローアップできる。	<input type="checkbox"/>
----------	--	--------------------------

可能な治療方法にすべて○をつけてください。	インターフェロン治療	インターフェロンフリー治療	核酸アナログ製剤治療
-----------------------	------------	---------------	------------

3	肝がんの高危険群の同定と早期診断を適切に実施できる。	<input type="checkbox"/>
----------	----------------------------	--------------------------

※ 4～6の要件は、肝臓専門医療機関として満たしていることが望ましい要件です。

4	診療体制ガイドラインの考え方を踏まえ、かかりつけ医、専門医療機関及び拠点病院の適切な診療連携と支援に取り組んでいる。	<input type="checkbox"/>
----------	--	--------------------------

5	学会等の肝炎治療ガイドラインに準ずる標準的治療を行っている。	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------------	--------------------------

6	① 肝疾患についてセカンドオピニオンを提示する機能を持つ。	【①について】 <input type="checkbox"/>
	② 施設間連携により対応が出来る体制を有している。	【②について】 <input type="checkbox"/>

上記回答内容をホームページで公表してよいでしょうか。 (どちらかを○で囲んでください。)	公表可 ・ 公表不可
---	------------

(この申請書の内容に関する問合せ先)

担当部署（課）名 _____

担当者名 _____

電話番号 _____

メールアドレス _____

※問合せ先は、制度改正などのお知らせ等の送付先として活用させていただきますのでご了承ください。