

茨城県知事 殿
(保健医療部健康推進課扱い)医療機関所在地
医療機関名
代表者名
電話

肝疾患専門医療機関登録申請書

肝疾患専門医療機関の登録について、下記のとおり申請します。

記

日本肝臓学会認定専門医の確保 (非常勤も可) *複数いる場合は、複数記入願います。	1 常勤 () 名 肝臓専門医氏名 ()、()、 ()、() 2 非常勤 () 名 肝臓専門医氏名 ()、()、 ()、()
抗ウイルス療法実施、治療後のフォローアップ	1 対応できる。 2 対応できない。
肝がんの高危険群の同定(ハイリスク者を診断し、適切なフォローアップ)	1 対応できる。 2 対応できない。
肝がんの早期診断(画像診断等による初期の肝がんの診断)	1 対応できる。 2 対応できない。
入院病床の有無	1 ある。() 床(全病床) () 床(うち、消化器病床) 2 ない。
以下の役割を果たし得ること ・肝炎治療ガイドラインに準ずる標準的治療 ・セカンドオピニオン提示、施設間連携 ・地域の医療機関への診療支援等の体制 ・診療連携拠点病院が実施する連絡協議会等への参加	1 対応できる。 2 対応できない。
肝炎医療コーディネーターの配置	1 配置している。() 人 2 配置していないが2023年度までに配置予定。
「肝疾患専門医療機関」として、医療機関名を公表することに同意しますか。	1 同意する。 2 同意しない。

*該当項目に○をつけて下さい。