別記様式１

肝疾患専門医療機関の指定に係る申請書（　新規　・　更新　）

年　　　月　　　日

山口県知事　　様

郵便番号

医療機関名

所在地

開設者氏名

（代表者氏名）

電話番号

当医療機関は、下記のとおり、山口県肝疾患診療ネットワークにおいて、専門医療機関としての役割を担うことができるので、専門医療機関として指定されるよう申請します。

記

１　日本肝臓学会認定肝臓専門医の有無

□　有

□　常　勤

医師氏名：

□　非常勤

医師氏名：

□　無

２　抗ウイルス療法の実施

□　可　　　□　否

３　肝がんのハイリスク群の同定と早期診断の実施

□　可　　　□　否

４　ＣＴの設置

□　可（有り） □　否（なし）

５　腹部エコーの設置

□　可（有り） □　否（なし）

６　要診療者の追跡調査への協力

□　可　　　□　否

７　拠点病院等連絡協議会への参加

□　可　　　□　否

８　拠点病院研修会への参加

□　可　　　□　否

９　肝疾患コーディネーターの在籍

□　可（有り） □　否（なし）

10　肝疾患コーディネーター活動への協力

□　可　　　□　否

11　専門医療機関として選定後の医療機関名公表

□　可　　　□　否