様式第５号（第７関係）

肝炎治療指定医療機関申請書

年　　月　　日

広島県知事様

所在地（法人であるときは，主たる事務所の所在地）

〒　　　　－

電話番号 (　　　)

開設者氏名（法人であるときは，名称及び代表者の氏名）

次のとおり肝炎治療を肝臓の専門医により，又は肝臓の専門医と連携して行うことができるので，指定医療機関に指定してください。

|  |  |
| --- | --- |
| １　名称 |  |
| ２　医療機関等コード |  |
| ３　開設の場所 | 〒　　　　－電話番号（　　　　） |
| ４　診療科目 |  |
| ５　管理者の職及び氏名 |  |
| ６　指定医療機関の要件 | （該当する番号を○で囲むこと。）１　日本肝臓学会，日本消化器病学会に属する肝臓の専門医が常勤し，抗ウイルス療法に精通し，かつ，副作用等に対する処置及び治療中における肝がんの早期発見ができる医療機関１に○をつけた医療機関は，次のア及びイについて記入すること。（アのうち，該当する方を○で囲むこと。）ア　日本肝臓学会専門医　・　日本消化器病学会専門医イ　専門医氏名（常勤の専門医全てを記入すること。）２　肝疾患診療支援ネットワーク体制を構成する専門医療機関の専門医が治療方針を立て，定期的な検査を行う患者に対し，専門医との緊密な連携のもとで，治療を行う医療機関添付書類：様式第６号３　肝炎治療を継続するために必要な副作用の治療のみを行う医療機関 |