令和　　年　　月　　日

佐賀県肝疾患検診医療提供体制における登録医療機関申請書

（令和６年度分）

佐賀県知事　　様
（健康福祉政策課扱い）

〒　　－
所在地
TEL

医療機関名
代表者名
担当者名

１．次のうち、該当する<u>□にチェック</u>をしてください。（片方のみ）

□　<u>１次登録医療機関</u>として申請します。
□　<u>２次登録医療機関</u>として申請します。

なお、必要に応じ、研修会の受講歴について、佐賀県医師会等関係機関への確認を行うことに同意します。

２．下記登録要件の回答欄に〇を付けてください。※「いいえ」がある場合は登録できません。

記

登録要件		回答欄
１次・２次登録共通要件	佐賀県肝癌対策医会に入会している。	**はい・いいえ**
	年２回の講演会（医師会等主催）を受講している、又は予定である。 （受講実績が２回に満たなかった場合は登録を取り消すこととなります。）	**はい・いいえ・新規登録**
１次登録要件	肝庇護療法（ウルソ®、SNMC 等の経過観察）ができる。	**はい・いいえ**
	２次・３次登録医療機関と共にインターフェロンまたはインターフェロンフリー導入後の治療ができる。	**はい・いいえ**
２次登録要件	画像検査等による肝がん・肝臓病の診断（病期・活動度）ができる。	**はい・いいえ**
	インターフェロンまたはインターフェロンフリー導入・治療ができる（過去３年間に実績があること）。	**はい・いいえ**
	肝がん合併の有無の診断ができる。	**はい・いいえ**
	原則的に、地域の肝がん対策の社会活動に参画、援助すること。	**はい・いいえ**

３．佐賀県肝癌対策医会の加入者氏名及び研修受講状況等について御記入ください。

① 佐賀県肝癌対策医会

加入者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

② 研修受講歴（<u>医師会員以外の医師</u>が受講している場合のみ、御記入ください）

受講日：令和　　年　　月　　日　　受講者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

受講日：令和　　年　　月　　日　　受講者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

③ 申請時点で、講演会の受講が年２回に満たない場合は、年度内の受講予定日を御記入ください。

令和　　年　　月　　日　　令和　　年　　月　　日

４．医療機関のメールアドレスについて御記入ください。（通知等が受信できるもの（フリーアドレス可））

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

５．令和６年度の契約締結の意向について〇を付けてください。

① 無料肝炎ウイルス検査の医療機関指定の契約　　（　契約する　・　契約しない　）
② 肝炎治療費助成の医療機関指定の契約　　（　契約する　・　契約しない　）

（別記様式）

登録機関現況調

医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

貴施設の診療実績について、回答欄で該当するものに〇を付けてください。

確認事項	回答欄
1　ここ２年間における専門医療機関への紹介の有無	あり　・　なし
2　画像診断の対応状況	
①　腹部超音波検査	可能　・　不可
②　CT	可能　・　不可
③　MRI	可能　・　不可
3　過去２年間におけるインターフェロン又はインターフェロンフリー導入実績の有無	あり　・　なし
4　過去２年間におけるインターフェロン又はインターフェロンフリー治療（導入後、維持等）実績の有無	あり　・　なし
5　過去２年間における肝組織検査（肝生検）実績の有無	あり　・　なし
6　過去２年間における肝がん治療の有無	
①　TACE（肝動脈塞栓療法）	あり　・　なし
②　PEIT（エタノール注入療法）	あり　・　なし
③　化学療法	あり　・　なし
④　ラジオ波	あり　・　なし