

別 紙

千葉県肝疾患対策 専門・指定医療機関調査票

医療機関名	
住所	
電話番号	

該当するものに☑ (チェック)	医師の氏名	該当する方に☑ (チェック)
<input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会専門医 <input type="checkbox"/> 千葉大病院が実施する研修を受けた医師 (修了証に記載の整理番号:第 _____ 号)		<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤
<input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会専門医 <input type="checkbox"/> 千葉大病院が実施する研修を受けた医師 (修了証に記載の整理番号:第 _____ 号)		<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤

※ 別添 2 に定める専門医療機関、指定医療機関のそれぞれの指定基準を満たしていれば、重複して担当していただくことが可能です。

質問 1 入院治療を行うなど、地域の医療機関への診療支援等を行う専門医療機関について(いずれかに○をして下さい。)

1-1 指定要件を満たしていますか

① 満たしている⇒1-2へ ② 満たしていない⇒質問2へ

1-2 指定することに同意いただけますか

① 同意する ② 同意しない ⇒いずれの場合も質問2へ

質問 2 患者様が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の公費負担の申請にあたり、提出の必要がある診断書を記載する等の役割を持つ指定医療機関について (いずれかに○をして下さい。)

2-1 指定要件を満たしていますか

① 満たしている⇒2-2へ ② 満たしていない⇒質問3へ

2-2 指定することに同意いただけますか

① 同意する ② 同意しない ⇒いずれの場合も質問3へ

質問 3 専門医療機関、指定医療機関の指定に同意された場合、公表にあたっての連絡窓口をご記載願います。

所 属	氏 名	連絡先電話番号

ご協力ありがとうございました。

なお、専門医療機関、指定医療機関としての選定要件を満たしている場合には指定書を後日送付いたします。