送信先：大阪府健康づくり課がん対策グループ　行　　ファクシミリ：０６‐６９４１‐６６０６

参考資料５

**大阪府肝炎専門医療機関現況報告書【平成27年度実施】**

平成　　　年　　　月　　　日

**【医療機関名（送信元）】**

|  |
| --- |
| 施設名：協力診療科名：責任窓口医師・氏名：担当者所属・氏名：　　　　　　　　　　　　　（※本調査内容について、本府から問い合わせする際の担当者名）住所：電話番号：　（　　　　　　　）　　　　　　－　　　　　　　ﾌｧｸｼﾐﾘ番号：　（　　　　　　　）　　　　　　－　　　　　　　 |

**【情報調査】**

※各回答欄の実績については、特に指示がない限り、**平成２６年４月から平成２７年３月までの実績**を記入してください。

※可、否を選択する回答欄においては、該当する方を○で囲んでください。また、回答欄に応じて実績件数を記入してください。

※ご記入いただいた情報調査の内容は、府のホームページ等で公開いたします。（※　問４及び問５は非公開）

|  |  |
| --- | --- |
| 項　　　目 | 回　答　欄 |
| 問１ | 肝疾患に関する専門知識を有する医師による診断(活動度と病期を含む)と治療方針の決定※専門知識を有するとは、下記２学会の指導医等を指します。※指導医等人数は、**平成２７年１１月１日時点**の人数を記入してください。 | 可　 ・ 　否 |
|  | （一社）日本肝臓学会の指導医、専門医※旧認定医の方は、専門医欄に記入してください。 | 指導医　　人（うち常勤　　人）専門医　　人（うち常勤　　人） |
| （一財）日本消化器病学会の指導医、専門医 | 指導医　　人（うち常勤　　人）専門医　　人（うち常勤　　人） |
| 問２ | インターフェロン治療等（抗ウイルス療法）の実施（※実績件数によりません。） | 可　 ・ 　否 |
|  | 初期導入実績（自院で継続的に治療を行っているものも含む） | 　　　　　件 |
| 継続治療実績（他院で初期導入を行ったもの） | 　　　　　件 |
| 問３ | インターフェロンフリー治療等の抗ウイルス療法（※実績件数によりません。） | 可　 ・ 　否 |
|  | 初期導入実績（自院で継続的に治療を行っているものも含む） | 　　　　　　件 |
| 継続治療実績（他院で初期導入を行ったもの） | 　　　　　　件 |
| 問４ | 肝がんの高危険群の同定と早期診断（超音波検査などによる肝がん診断） | 可　・　否 |
| 問５ | （一社）日本肝臓学会によるB型、C型肝炎の治療ガイドラインに準ずる標準的治療 | 可　・　否 |
| 問６ | 肝疾患のセカンドオピニオンの提示 | 可　・　否 |
|  | 提示実績人数（他院への紹介を行ったもの） | 　　　　　人 |
| 問７ | 大阪府肝炎専門又は協力医療機関、かかりつけ医等地域の医療機関と連携した診療体制の展開 | 可　 ・ 　否 |
| 問８ | 肝炎（HBV、HCV、その他）の診療実績（他の診療目的で受診する肝炎患者数は除く。） | ＨＢＶ ： 診療実績数　　　　件ＨＣＶ ： 診療実績数　　　　件その他 ： 診療実績数　　　　件 |
| 問９ | 肝疾患治療に関する研修及び講習会等への参加実績（大阪府、医師会、肝疾患診療連携拠点病院、各種関連学会等が開催するもの） | 有 　・ 　無 |
|  | 「有」と回答された場合参加した研修会等の主催者名、実施日及び研修会等の名称 | 主催者名　　　　　　　　　　　　　　実施日　　　　　　　　　　　　　　研修会等　　　　　　　　　　　　　　 |
| 問10 | 肝炎専門外来設置の有無 | 有 　・ 　無 |

**問1の回答欄 ： 「否」の場合、また「可」であっても常勤・非常勤を問わずいずれも「０人」の場合**

**問２の回答欄 ： インターフェロンの治療（抗ウイルス療法）の可否が、「否」の場合**

**問４～７の回答欄 ： いずれか１つでも「否」の場合**

**問８の回答欄 ： いずれも診療実績が「０件」の場合**

**⇒上記のいずれかに該当する場合**、大阪府肝炎専門医療機関としての要件を満たしません。電話等にて状況をお伺いします。

**【提出先】　　ファクシミリまたは郵送で提出してください。**

〒５４０‐８５７０　大阪市中央区大手前２‐１‐２２

大阪府健康医療部保健医療室健康づくり課がん対策グループ

電話：０６‐６９４４‐９１６３（直通）

ファクシミリ：０６‐６９４１‐６６０６