

(第9号様式)

肝臓専門医療機関定期報告書

年 月 日

神奈川県知事 様

肝臓専門医療機関の指定要件について、次のとおり **令和7年10月1日**時点の状況を報告します。

【定期報告対象の医療機関情報】

医療機関名	
医療機関の 所在地	
医療機関の 電話番号	

以下、1～6の要件をそれぞれ満たす場合は、各要件のチェック欄に○を入れてください。

※1～3の要件は、指定を受けるための必須要件です。

【チェック欄】

1	日本肝臓学会または日本消化器病学会に属する肝臓の専門医、もしくはそれと同等の学識、技術を習得した医師による診断（活動期及び病期を含む）と治療方針の決定が可能である。	☐
2	肝炎患者の状態に応じて、インターフェロン治療、インターフェロンフリー治療及び核酸アナログ製剤治療の抗ウイルス療法を適切に選択及び実施し、治療後もフォローアップできる。	☐
3	肝がんの高危険群の同定と早期診断を適切に実施できる。	☐

※4～6の要件は、肝臓専門医療機関として満たしていることが望ましい要件です。

4	診療体制ガイドラインの考え方を踏まえ、かかりつけ医、専門医療機関及び拠点病院の適切な診療連携と支援に取り組んでいる。	☐
5	学会等の肝炎治療ガイドラインに準ずる標準的治療を行っている。	☐
6	① 肝疾患についてセカンドオピニオンを提示する機能を持つ。	【①について】 ☐
	② 施設間連携により対応が出来る体制を有している。	【②について】 ☐

(この定期報告書の内容に関する問合せ先)

担当部署（課）名

担当者名

電話番号

メールアドレス

※問合せ先は、制度改正などのお知らせ等の送付先として活用させていただきますのでご了承ください。