

- ・ 医療機関からの届出制とし、診療ネットワークへの登録を希望する医療機関は、申請書を事務局（信州大学医学部附属病院の肝疾患相談センター）へ提出する。
- ・ 事務局は、原則として届出のあった医療機関を登録し、登録した医療機関について、肝疾患診療連携拠点病院等連絡協議会及び長野県に報告するとともに、すでに登録している医療機関（かかりつけ医、専門医療機関）に周知する。

なお、事情により診療ネットワークからの退会を希望する医療機関については、退会届を事務局へ提出する。

申込先：信州大学医学部附属病院 肝疾患診療相談センター

FAX：0263□37□2922

平成 年 月 日

「長野県ウイルス肝炎診療ネットワーク」登録申請書

「長野県ウイルス肝炎診療ネットワーク」における「かかりつけ医」として、下記の事項を登録します。

記

- 1 医療機関名称
- 2 所在地
(〒 —)
- 3 連絡先
(電話番号) (FAX番号)

(E-mail)
- 4 院長(管理者)氏名
- 5 登録医師氏名(4と異なる場合のみ、記入をお願いします)
- 6 **医療機関名称、所在地、電話番号の3項目**を、「長野県ウイルス肝炎診療ネットワーク」における「かかりつけ医」として、信州大学医学部附属病院のホームページ等で公表することの同意について(該当する項目に○を付けてください)

・公表に同意します

・同意しません

- 参考までに、肝疾患に関する治療実績等について該当項目にチェックを入れてください。なお、これらの項目については、公表しません。また、取扱いにつきましては十分留意させていただきます。

①肝疾患に関する臨床経験年数	<input type="checkbox"/> 1年未満 <input type="checkbox"/> 5□10年	<input type="checkbox"/> 1□5年 <input type="checkbox"/> 10年以上
②日本肝臓学会又は日本消化器病学会の会員登録の有無	日本肝臓学会(□会員 □専門医) 日本消化器病学会(□会員 □専門医)	
③B型・C型肝炎に対する抗ウイルス療法(核酸アナログ製剤、インターフェロン等)の過去5年間の症例数(他の医療機関との診療連携による症例数も含む)	<input type="checkbox"/> 0件 <input type="checkbox"/> 10□49件	<input type="checkbox"/> 1□9件 <input type="checkbox"/> 50□99件 □100件以上
④腹部超音波検査の年間実施(又は読影)件数	<input type="checkbox"/> 0件 <input type="checkbox"/> 10□49件	<input type="checkbox"/> 1□9件 <input type="checkbox"/> 50□99件 □100件以上
⑤過去3年間における肝疾患に関する講演会・研修会等の出席状況	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし