

## 検査及び治療医療機関に関する申請書

福岡県保健医療介護部健康増進課長 殿  
(FAX : 0 9 2 - 6 4 3 - 3 2 7 1)

福岡県肝炎ウイルス（検査・治療）医療機関として、2の要件に同意しましたので次のとおり申請します。

申請者住所（法人所在地）

申請者氏名（法人名称及び代表者氏名） 印

### 1 医療機関の概要

医療機関名

医療機関コード

医療機関住所（〒 - ）

連絡先 TEL

FAX

管理者氏名

### 2 肝炎ウイルス検査及び治療医療機関としての要件

- 1) 陽性者を確実に受診勧奨すること
- 2) 肝炎医療従事者研修会への参加をすること
- 3) 厚生労働省「B型及びC型肝炎治療の標準化に関するガイドライン」に準じた診断、治療を実施すること
- 4) 慢性肝炎の患者に対し、初期治療導入及び副作用に係る検査・治療をウイルス肝炎の専門医師と連携して実施することが可能であること
- 5) 肝炎治療受給者の治療経過を治療終了後又は治療中止後に肝炎対策協議会へ報告すること（診断書を記入した医療機関のみ）
- 6) 指定検査医療機関、保健所が実施する肝炎ウイルス検査で感染が疑われた患者の受診状況については最寄りの保健所、また、精密検査報告書については指定検査医療機関へ報告すること
- 7) 「福岡県肝炎対策協議会」から助言を受けた場合には、これを参考に適切な検査、治療等を実施すること

※ 検査医療機関の要件は1)及び2)

※ 治療医療機関の要件は1)から7)まで