

東京都肝臓専門医療機関の定期報告について

東京都肝臓専門医療機関の定期報告について（案）

都では、東京都肝臓専門医療機関の指定要件の確認のため、「東京都肝臓専門医療機関指定要領」（平成19年7月10日付19福保保疾第605号）第5に基づき、肝臓専門医療機関の管理者から報告を求めている。

今後、更なる肝疾患の医療水準の向上及び肝臓専門医療機関とかかりつけ医を含む地域の医療機関との連携強化を図るため、以下のとおり、肝臓専門医療機関の定期報告の変更を行う。

（1）変更内容（案）

①定期報告の実施時期について

これまで「2年に1回」実施している定期報告を、「毎年」に変更し、肝臓専門医及び指導医の在籍状況等、肝臓専門医療機関の要件を確認する。

②C型肝炎地域連携パスの登録数の記載

都内に所在する肝臓専門医療機関の定期報告様式において、C型地域連携パスの過去1年間の登録数を記載する欄を新たに設ける。

（2）実施時期

令和2年度の定期報告から実施

（3）様式（案）

別紙のとおり

様式（案）

（別記第5－1号様式）

（都内医療機関用）

東京都肝臓専門医療機関定期調査報告書

医療機関名	
医療機関所在地	(住所) 〒 (電話番号)
肝臓専門医療機関指定コード	

1 上記医療機関名、医療機関所在地、電話番号に変更がありますか。該当する番号に○をつけてください。なお、変更がある場合は、変更箇所を赤字訂正してください。

- ① 医療機関名に変更があった
- ② 住所に変更があった
- ③ 電話番号が変更になった
- ④ 変更なし

2 在職する肝臓専門医について下記に記載してください。常勤・非常勤のどちらかを○で囲んでください。

※肝臓専門医の記載欄不足の場合は別紙に添付

在 職 す る 肝 臓 専 門 医		
(氏名)	常勤・非常勤	(認定番号)
(診療科目)		(認定期間) 年 月～ 年 月
(氏名)	常勤・非常勤	(認定番号)
(診療科目)		(認定期間) 年 月～ 年 月

3 C型肝炎地域連携パスの登録数について、下記に記載してください。

前々年12月1日から前年11月30日までに新たに登録した件数	件
--------------------------------	---

東京都肝臓専門医療機関指定要領第5の規定により、報告します。

年 月 日

管理者の氏名及び住所

(法人の場合は、名称、代表者の職氏名及び主たる事務所の所在地)

公印

東京都知事殿

申請に関する問い合わせ先	
(担当者名)	(電話番号)
	(メールアドレス)

※2枚以上の場合、ご記入ください。

枚中 枚目