

(様式第5号)

令和 年 月 日

愛媛県生活習慣病検診等管理指導会議

肝がん部会長 様

医療機関名：

院 長 名：

肝炎ウイルス検診精密検査実施医療機関として届出します。

精密検査 責任者	診療科名	
	医師名	
	E-mail アドレス	
郵便番号		
住 所		
電話番号		
FAX 番号		

1. 実施可能な検査及び件数

	実施可能な検査 (○を付けて右記に件数を記入)			検査件数	
	血液検査及び 超音波検査	CT	MR I	全数	うち市町検診の 精密検査数
初回精密検査				件	件
定期検査				件	

2. 肝炎ウイルス検診精密検査に携わる医師名、専門医資格及び講習会の参加状況

医 師 名	肝臓学会 専門医	消化器病 学会専門医	講習会の 参加	医 師 名	肝臓学会 専門医	消化器病 学会専門医	講習会の 参加
	有・無	有・無	有・無		有・無	有・無	有・無
	有・無	有・無	有・無		有・無	有・無	有・無
	有・無	有・無	有・無		有・無	有・無	有・無
	有・無	有・無	有・無		有・無	有・無	有・無
	有・無	有・無	有・無		有・無	有・無	有・無
	有・無	有・無	有・無		有・無	有・無	有・無
	有・無	有・無	有・無		有・無	有・無	有・無
	有・無	有・無	有・無		有・無	有・無	有・無
	有・無	有・無	有・無		有・無	有・無	有・無

※ 講習会とは愛媛県主催の生活習慣病予防対策講習会のことである

3. がん登録届出件数 肝がん 件

※ 各医療機関の太枠内の情報を一覧表にして公表します。