　　年　　月　　日

（様式６）

　　　年度香川県肝炎医療コーディネーター活動状況報告書

（〒　　　　 　　　）

所在地

所属機関名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事項 | 報告内容 | 備考 |
| ①コーディネーター配置場所 | 【配置場所（相談窓口）】 |  |
| ②肝炎の相談業務 | 【実施の可否】　　　実施　　／　実施していない  【主な相談内容】  （治療、医療費助成、就労に関すること、肝炎訴訟等） |  |
| ③肝炎の啓発実施 | 【実施の可否】　　　実施　　／　実施していない  【啓発対象者数】　　　　　　　　　　　　　　人  【実施方法】　　　（資料配付、説明会、他） |  |
| ④肝炎ウイルス検査の受検勧奨 | 【実施の可否】　　　実施　　／　実施していない  【実施期間】　　　　　年　　月　～　　年　　月  【勧奨実施者数】　　　　　　　　　　　　　　人 |  |
| ⑤肝炎ウイルス陽性者に対する受診勧奨・フォローアップ | 【実施の可否】　　実施　　／　実施していない  【実施期間】　　　　　年　　月　～　　年　　月  【受診勧奨及びフォローアップ実施者数】　　　人 |  |
| ⑥その他 |  | ※上記①～⑤のいずれにも該当しない活動を実施した場合は、「⑥その他」の欄にその活動内容を記載すること。 |

氏　　　名

（注）相談、啓発、勧奨を実施した範囲に応じて作成するものとする。この際、各人員については、報告可能な範囲

で記載するものとし、注記すべき点があれば備考欄に記載のこと。