

(様式1)

令和 年 月 日

令和 年度福井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

氏名

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。

(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。