

(参考様式)

提出先: 福島県地域医療課感染症担当 (kansan@pref.fukushima.lg.jp)

## 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業 別添1 5. その他の医療に係る情報提供票

指定医療機関名 :

担当者所属・氏名 :

連絡先 :

報告日	患者名	病態	事例	理由
(記載例) 2019/4/1	〇〇 〇〇	重度肝硬変	重度肝硬変(非代償性肝硬変)による門脈圧亢進症性胃症から出血があり、入院して内視鏡的な止血術を施行した。	重度肝硬変の合併疾患に対する入院医療のため。

※1 添書不要です。

※2 当該医療行為があったことを確認次第、速やかに報告願います。