参考様式１

島根県肝炎医療コーディネーター活動報告書

氏名：　　　　　　　　　　　　認定番号：

◆研修会等への参加

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年月日 | 研修会等名称 | 場所 |
| . 　. |  |  |
| . 　 . |  |  |
| . 　 . |  |  |
| . 　 . |  |  |
| . 　 . |  |  |

◆活動内容

実施した場合は、□にチェックをして下さい。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 活動内容 | 実施チェック |
| 普及啓発 | 肝炎の検査や治療に関する普及啓発 | □ |
| 肝臓週間にかかるキャンペーン参加 | □ |
| 肝炎患者等を支援するための制度や窓口の案内 | □ |
| その他（内容を記載： | |
| 個別相談  受検・受診勧奨 | 肝炎ウイルス検査受検状況の確認 | □ |
| 肝炎ウイルス検査未受検者への受検勧奨 | □ |
| 肝炎ウイルス検査受検証明カードの配布 | □ |
| 肝炎の検査や治療に関する情報提供もしくは相談助言 | □ |
| 肝炎患者等への受診勧奨 | □ |
| その他活動の内容を記載： | |
| その他  具体的な活動内容を記載 |  | |
|  | |
|  | |
|  | |

**活動が実施できていない場合は、理由をお書きください。（今後の取組の参考にさせていただきます。）**

※記載後、提出（郵送またはFax）願います。

提出先　　〒690－8501　松江市殿町１　島根県健康福祉部薬事衛生課感染症対策係

（　Tel：0852－22－5254　 FAX：0852-22-6905　）