**血友病診療連携委員会　地域中核病院　新規申請書**

1. **施設名称：**
2. **施設住所：〒**

1. **施設電話番号：**
2. **血友病診療担当責任医師名： （ 科）**
3. **血友病診療担当責任医師のメールアドレス：**
4. **血友病診療を担当する看護師名（決まっていない場合は、連絡担当部署を記載ください）：**

1. **現在、診療中の血友病患者数：約 名**
2. **施設長への委嘱状送付の必要性（ あり なし ）**
3. **必要ありの場合の宛名と送付先**

**・宛名**

**・送付先**

**認定基準：自己評価の点数を記載してください**

**3点：十分できる　2点：ある程度できる　1点：できるように努力している**

1. **点：ブロック拠点病院との円滑な連携・相談体制を築けている。**
2. **点：自院もしくは近隣の病院と連携して、重篤な出血時に対応できる**
3. **点：ガイドラインに基づく標準的治療を提供できる。**
4. **点：近隣の血友病診療連携施設から止血管理、生活指導および制度利用に関する相談や紹介を受けることができる。**
5. **点：血友病診療について専門的知識を持つ内科医もしくは（および)小児科医がいる。**
6. **点：血友病診療について経験を持つ看護師がいる。**
7. **点：ブロック拠点病院と協力して全国および地域の患者会をサポートできる。**
8. **点：代表者(血友病診療担当責任医師)は日本血栓止血学会会員であることが望ましい。**
9. **点：血友病レジストリ患者登録に協力できる。**

**トータル　　　　点/27点満点**