

※太枠内に記入してください。

肝炎ウイルス検査申込（問診）票

受付番号 番	受 付 日	年 月 日	
	結 果 通 知 日	年 月 日	
検査項目	<input type="checkbox"/> B型肝炎 + C型肝炎	<input type="checkbox"/> B型肝炎	<input type="checkbox"/> C型肝炎
<b>検査の目的及び確認事項</b> この肝炎ウイルス検査は、千葉県が医療機関に委託している事業です。この問診票及び検査結果が、千葉県に提供されること、検査の結果、「肝炎ウイルスに感染していること」が判明した場合には、早期治療・重症化予防の目的でフォローアップ事業への参加について同意された方へは、申込票記入欄に記載の住所や電話番号に、調査票の送付や電話等で受診確認などの連絡を行います。検査の目的及び確認事項に了解した上で太枠内の申込票記入欄を御記入ください。			
氏名	男・女	年齢 歳	
※千葉市・船橋市・柏市以外の県内市町村に住所のある方が対象となります。			
住所	市・郡	区・町	
(電話番号) 自宅:	— —	携帯: — —	
〈検査理由〉 <input type="checkbox"/> 過去にB型またはC型肝炎ウイルス検査を受けたことがなく、職場での検診や市町村が実施する健康増進法に基づく肝炎ウイルス検査などの受診の機会がないため <input type="checkbox"/> その他(理由の記載：必須) [理由: _____ ]			
—陽性者フォローアップ事業への参加について— 上記のとおり、肝炎ウイルス検査を希望します。 なお、結果が陽性だった場合には、千葉県の実施するフォローアップ事業への参加に <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません			
検査結果（医師記入欄）			
B型肝炎ウイルス検査	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性		
C型肝炎ウイルス検査	判定 ( <input type="checkbox"/> ①・ <input type="checkbox"/> ② ) ⇒感染している可能性が高い 判定 ( <input type="checkbox"/> ③・ <input type="checkbox"/> ④・ <input type="checkbox"/> ⑤ ) ⇒感染している可能性が低い		
陽性だった場合、医師が以下のいずれかにチェックを御記入ください。			
<input type="checkbox"/> 肝臓専門医療機関に紹介した。 紹介先医療機関名: _____			
<input type="checkbox"/> 当院での継続的な受診を勧めた。			
<input type="checkbox"/> その他の指導 _____ 医療機関名: _____ 住 所: _____ 電 話: _____ 担当医: _____			

## 肝炎ウイルス検査受診票(山口県)

受診方法	<input type="checkbox"/> 他健診同時 <input type="checkbox"/> 肝炎単独 <input type="checkbox"/> 他受診同時	検査年月日	年	月	日
フリガナ		性別	生年月日		
氏名		男・女	年	月	日生(歳)
住所	(〒 - ) 山口県 市・町			(電話番号) - -	
1	肝臓病にかかったことや肝機能が悪いと言われたことがありますか	1はい( )年頃 2いいえ 3わからない			
2	過去に大きな外科的処置を受けたことや、妊娠・分娩時に多量の出血をしたことがありますか	1はい( )年頃 2いいえ 3わからない			
3	これまで、B型又はC型肝炎ウイルス検査を受けたことがありますか。	1はい( )年頃 2いいえ 3わからない			
4	現在又は過去にB型肝炎又はC型肝炎の治療を受けていますか。	1はい( )年頃 2いいえ 3わからない			
<p>○ この肝炎ウイルス検査は、山口県が医療機関に委託し実施している事業です。この問診票、検査結果が山口県に提供されること及び検査結果が陽性であった場合に山口県フォローアップ事業に参加することについて御了承ください。その上で、B型・C型肝炎ウイルス検査の目的等について理解し、検査の該当となれば肝炎検査を希望しますか。</p> <p>・ B型・C型肝炎ウイルス検査を 1 希望する 2 希望しない                  ※フォローアップ事業については、3枚目の受診者用を確認下さい。</p> <p>○ 肝炎ウイルス検査の受診の有無について、住所地の市町に情報提供することに ・同意する ・同意しない</p> <p style="text-align: right;">氏名 _____ (自署して下さい)</p>					
【検査対象者】希望者 (過去に肝炎検査を受けたことのある者を除く)					

**●医療機関記入欄**

区 分	検 査 結 果	判 定 理 由
C型肝炎ウイルス検査	陽 性 (要精密検査) 感染している可能性が高い	① ②
	陰 性 感染している可能性が低い	③ ④ ⑤
	※判定方法の説明 ①HCV抗体高力価、②HCV抗体中・低力価かつHCV核酸増幅検査で陽性、③HCV抗体中・低力価かつHCV核酸増幅検査で陰性、④HCV抗体陰性(定量検査)、⑤HCV抗体陰性(定性検査)	
B型肝炎ウイルス検査	陽 性 (要精密検査)	
	陰 性	
	※判定方法の説明 HBs抗原定性検査で陽性、陰性	

➡ **結果が陽性だった場合の医療機関での対応状況(いずれかにチェック)**

<input type="checkbox"/> 肝炎専門医療機関(県登録の肝臓専門医を含む)を紹介	紹介先医療機関名:
<input type="checkbox"/> 当院での継続的な受診を勧めた	肝炎専門医療機関(県登録の肝臓専門医を含む)・それ以外
<input type="checkbox"/> その他( )	

A 医療機関用

判定年月日	年	月	日	実施医療機関名
結果通知日	年	月	日	

※ 要精密検査と判定された場合は、肝炎ウイルス検査依頼書兼紹介状を持参のうえ、肝疾患診療連携拠点病院、肝疾患専門医療機関及び日本肝臓学会認定肝臓専門医(県登録)の常勤医療機関で、早めに精密検査を受けましょう。

## 肝炎ウイルス検査受診票(山口県)

受診方法	<input type="checkbox"/> 他健診同時 <input type="checkbox"/> 肝炎単独 <input type="checkbox"/> 他受診同時	検査年月日	年	月	日
フリガナ		性別	生年月日		
氏名		男・女	年	月	日生(歳)
住所	(〒 - ) 山口県 市・町			(電話番号) - -	
<p><b>【検査に関する注意事項】</b>                  HBS抗原検査が陰性となった場合にも、気になる症状がある場合や肝機能異常を指摘された場合などには、必ず医師に相談してください。                  また、日常生活の場では、C型肝炎ウイルス(HCV)に感染することはほとんどないことがわかっています。したがって、毎年くり返してC型肝炎ウイルス検査を受けなくても、現在のところ検査を1回受ければよいとされています。                  なお、「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い」と判定された場合でも、C型肝炎ウイルス(HCV)以外の原因による肝炎になる可能性があること、検査後新たにC型肝炎ウイルス(HCV)に感染する場合(きわめてまれとされています。)があること、検査による判定には限界があることなどもありますので、身体のだるさ等の症状や肝機能異常を指摘された場合などには、必ず医師に相談してください。</p> <p><b>【フォローアップ事業】</b>                  肝炎に感染した場合、自覚症状がないまま病気が進行し、慢性肝炎、肝硬変、肝がんへと重症化する可能性があります。そのため、すぐに治療の必要がない場合でも、定期的に医療機関を受診し、ご自身の状態を確認することが重要です。                  山口県では、検査結果が陽性であった場合に山口県フォローアップ事業に参加することについて御了承いただいたうえで検査を行っています。フォローアップ事業は、年1回調査票をお送りして、医療機関の受診状況や治療内容を確認させていただきます。また、必要に応じて電話等でご連絡を差し上げる場合があります。</p>					

●医療機関記入欄

区 分	検 査 結 果	判 定 理 由
C型肝炎ウイルス検査	陽 性 (要精密検査) 感染している可能性が高い	① ②
	陰 性 感染している可能性が低い	③ ④ ⑤
	※判定方法の説明 ①HCV抗体高力価、②HCV抗体中・低力価かつHCV核酸増幅検査で陽性、③HCV抗体中・低力価かつHCV核酸増幅検査で陰性、④HCV抗体陰性(定量検査) ⑤HCV抗体陰性(定性検査)	
B型肝炎ウイルス検査	陽 性 (要精密検査)	
	陰 性	
	※判定方法の説明 HBs抗原定性検査で陽性、陰性	

➡ 結果が陽性だった場合の医療機関での対応状況(いずれかにチェック)

肝炎専門医療機関(県登録の肝臓専門医を含む)を紹介 紹介先医療機関名:

当院での継続的な受診を勧めた 肝炎専門医療機関(県登録の肝臓専門医を含む)・それ以外

その他( )

判定年月日	年 月 日	実施医療機関名	
結果通知日	年 月 日		

※ 要精密検査と判定された場合は、肝炎ウイルス検査依頼書兼紹介状を持参のうえ、肝疾患診療連携拠点病院、肝疾患専

C受診者用

(様式1)

肝炎ウイルス検査申込・検診票

受検者記載欄

申込日	平成 年 月 日
希望する検査項目	<input type="checkbox"/> B型肝炎+C型肝炎 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎
氏名	(男・女) 生年月日 年 月 日 歳
住所 〒	電話番号 (自宅) - - (携帯) - -

熊本県内(熊本市を除く)に住所を有する方で、職場健診や市町村が実施する健康増進事業等、健康保険各法その他法令に基づく保健事業等により肝炎ウイルス検査を受検できない方のうち、以下の問診事項を踏まえ、検査の必要性が認められる方がこの事業の対象となります。

【受検履歴】 ※ 過去に受検歴のある検査はこの事業の対象外となります。  
 これまでに、B型肝炎またはC型肝炎のウイルス検査を受けたことはありますか？  
 いいえ  はい (  B型のみ、 C型のみ、 B・C型両方 )  わからない  
 ※ 平成21年4月以降に妊婦健診を受けた方はB・C型両方の検査を受診されています。

【検査希望理由】  
 ① 1994年(平成6年)以前に、非加熱凝固因子製剤やフィブリノゲン製剤を使用された可能性がある。  
 ② 1992年(平成4年)以前に輸血を受けたことがある。  
 輸血を受けた理由： 手術  その他 ( ) 輸血を受けた時期： 年 月頃  不明  
 ③ 長期に血液透析を受けている。  ④ 大きな手術を受けたことがある。  
 ⑤ 臓器移植を受けたことがある。  
 ⑥ 過去に健康診断等で肝機能検査の異常を指摘されたことがある。( )  
 ※ AST・ALT値が要指導判定である等、具体的に記入してください。  
 ⑦ 家族等がウイルス性肝炎で感染した可能性がある。( )  
 ※ 「祖父がB型肝炎で同居していた」等、具体的に記入してください。  
 ⑧ 周りの方から検査を勧められた。( )  
 ※ 具体的に記入してください。  
 ⑨ その他検査を希望する理由。( )

医療機関が検査の必要性を認める具体的理由。(必要に応じて記載してください。)

(医療機関記載欄)

熊本県ウイルス性肝炎患者等の重症化予防推進事業及び陽性者フォローアップ事業の参加同意について

- ① 熊本県ウイルス性肝炎患者等の重症化予防推進事業への参加同意  同意 ・  非同意
- ② 熊本県のフォローアップ事業への参加同意  同意 ・  非同意

※ ①は、無料で肝炎ウイルス検査を受ける必須条件になります。②は、非同意でも無料で肝炎ウイルス検査を受けることができますが、精密検査の費用助成を受ける場合には、フォローアップ事業の参加同意が必要になります。  
 ※ ①、②の事業については、裏面に記載しております。

本人自署 \_\_\_\_\_

医療機関記載欄

受付日	平成 年 月 日	本人確認した書類	確認者
検査項目	<input type="checkbox"/> B型肝炎+C型肝炎 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎	<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
結果	採血日：平成 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> B型肝炎 HBs抗原 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> C型肝炎 HCV抗体 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 低力価 <input type="checkbox"/> 中力価 <input type="checkbox"/> 高力価 核酸増幅検査 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 「陰性」以外の場合(複数選択可) <input type="checkbox"/> 検査結果について説明した <input type="checkbox"/> 当院での継続的な受診を勧めた <input type="checkbox"/> 他の医療機関に紹介した(紹介先医療機関名： ) <input type="checkbox"/> その他の指導 { }		
検査を実施した医療機関名、住所		医師名(署名又は記名押印)	

# 肝炎ウイルス検診申込書 (B型肝炎・C型肝炎)

受付番号	検査日	平成	年	月	日
医療機関名					

## 検診を申込まれる皆様へ (必ずお読みください)

この肝炎ウイルス検診は、ウイルス感染を早期に発見し、府民の皆様適切な医療を受けていただくことで、ウイルスによる健康障がい回避や肝がんの発生を予防することを目的としております。

### 留意事項

- この肝炎ウイルス検診は、大阪府民で、20歳以上の、肝炎ウイルスの検査を受けたことのない方に対して、無料で実施するものです。(大阪市及び、堺市在住の方を除く)
- **本検査で感染している可能性が高いと判定された方は、大阪府指定の専門医療機関で精密検査を受けてください。**(精密検査については、無料ではありません。)
- 大阪府では、本検診事業による治療結果情報を医療機関から集約するとともに、検査結果が陽性だった受診者に対して、大阪府から精密検査や治療の受診状況をお伺いすることや専門医療機関への受診を勧奨する肝炎フォローアップ事業を実施しております。ご承知おください。

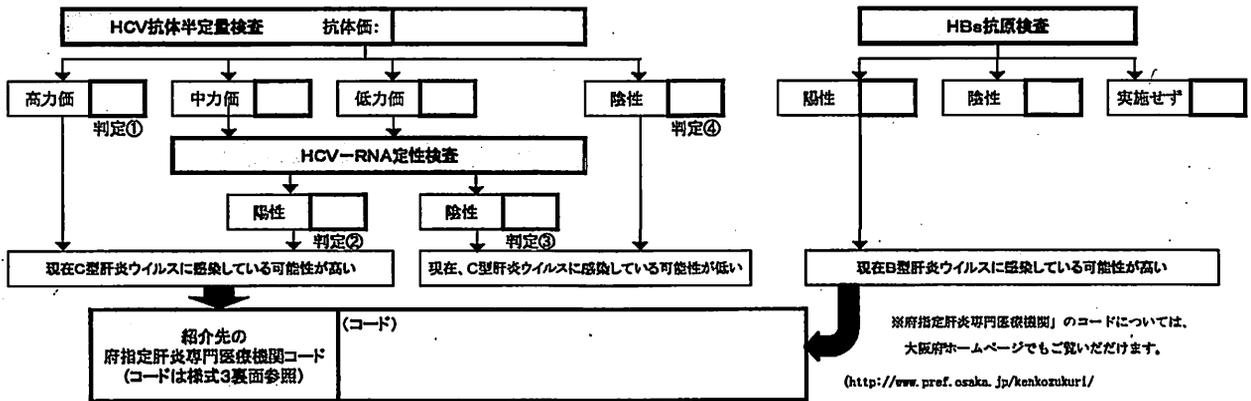
### 上記留意事項に同意し、申し込みます。(本人自署)

氏名			男	大正 昭和 平成	年	月	日生
			女				
住所	〒			市・町・村			
電話番号	-		-		( 携帯 ・ 自宅 ・ 職場 ・ 他 )		

以下の質問にお答えください。

(1)これまでB型肝炎ウイルス検査を受けたことがありますか	はい ・ いいえ ・ わからない ↳ 「はい」の方はB型検査対象外です。
(2)これまでC型肝炎ウイルス検査を受けたことがありますか	はい ・ いいえ ・ わからない ↳ 「はい」の方はC型検査対象外です。
(3)現在又は過去に、B型又はC型肝炎の治療を受けていますか。	はい ・ いいえ ・ わからない ↳ 「はい」の方 B型 ・ C型 ↳ 現在治療中 ・ 過去に治療( 年前)
(4)これまで、広範な外科的処置(大きな手術など)を受けたこと又は妊娠・分娩時に多量の出血をしたことがありますか	はい ・ いいえ ↳ 「はい」の方( 年前)
(5)フィブリノゲン製剤の投与を受けたことがありますか	はい ・ いいえ ・ わからない ↳ 「はい」の方( 年前)
(6)肝臓病にかかったことや肝機能が悪いといわれたことがありますか	はい ・ いいえ ・ わからない ↳ 「はい」の方( 年前)

## 以下、検診機関記入欄[※検査結果について太枠内を○又は数値を記入願います]



※府指定肝炎専門医療機関のコードについては、大阪府ホームページでもご覧いただけます。

(<http://www.pref.osaka.jp/kenkorukuri/>)

kenentaisaku/index.html

**肝炎ウイルス検査単独用**

**肝炎ウイルス検査受診票**

実施年月日          年          月          日

様式2-1

別紙2

\*堺市が実施している肝炎ウイルス検査を受診した方は、受診できません。

実施医療機関名		医療機関コード番号	No. <span style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px;"></span>
---------	--	-----------	--

・この肝炎ウイルス検査は、20歳以上の堺市民で、今までに堺市の肝炎ウイルス検査を受けたことのない方に対して、無料で実施するものです。

・本検査で感染している可能性が高いと判定された方は、専門医療機関で精密検査を受けてください。(精密検査については、大阪府による助成を受けることができます。)

・堺市では、肝炎フォローアップ事業として、検査結果で「陽性」又は「感染の可能性が高い」と判定された方に対して、精密検査や治療の受診状況のお伺いや専門医療機関への受診勧奨を行う場合があります。

1. 肝炎ウイルス検査について上記内容に同意した上で受診を  
 希望する  希望しない ※どちらかに☑をしてください。(必ず自署してください)

住所	堺市				
フリガナ				性 別	男 性 女 性
氏名				性 別	男 性 女 性
生年月日	明 治	大 正	昭 和	平 成	年 月 日 年齢 満( )歳
電 話	- - - - -				

2. 問診項目(あてはまるところに記載し、又は○を付けてください。)

① 肝臓病にかかったことや肝機能が悪いと言われたことがありますか。  
 はい(      歳頃)      いいえ

② これまでに、C型肝炎ウイルス検査を受けたことがありますか。  
 はい(      歳頃)      いいえ      わからない

③ これまでに、B型肝炎ウイルス検査を受けたことがありますか。  
 はい(      歳頃)      いいえ      わからない

④ 現在又は過去に、C型肝炎の治療を受けていますか。  
 はい(      歳頃)      いいえ      わからない

⑤ 現在又は過去に、B型肝炎の治療を受けていますか。  
 はい(      歳頃)      いいえ      わからない

3. 受診者区分(記入不要)  
 該当する項目の左端に「○」を付け、カッコ内には年月を記載してください。

/	受診時の年齢が40歳の方(節目検診対象者)
/	過去に肝機能検査で要指導と判定された方 ……要指導と判定された時期(      年      月頃)
/	過去に大きな手術を受けた方……手術時期(      年      月頃)
/	妊娠、出産時に多量の出血があった方…時期(      年      月頃)
/	今年度、既に受診した特定健診の結果、血液検査のGPTの項目により、要経観・要指導と判定された方
/	過去に節目検診対象者となったが、その時にこの検診を受診できなかった方

4. 結果判定(医療機関で必ず記載してください。)

●C型肝炎検査(該当する判定理由に「○」を付けてください。)

判定理由	判定結果
①	「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」と判断されます。 → 精密検査が必要です。
②	
③	「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い」と判断されます。
④	

●B型肝炎検査(該当する項目の左端に「○」を付けてください。)

	陽 性 → 精密検査が必要です。
	陰 性

精検紹介先

(医療機関保存用)

# さいたま市B型・C型肝炎ウイルス検診票

医療機関保管用

※複写式のため、強めにご記入ください。

整理番号	—	受診年月日	平成 年 月 日	受診番号	
住所	さいたま市 区				
フリガナ	(姓)	(名)		性別	
氏名				男 ・ 女	
生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)	電話	048-	-	

## I. 問診

1) 肝臓病にかかったことや肝機能が悪いと言われたことがありますか。  
1. はい ( 年頃) 2. いいえ

2) 広範な外科的処置(大きな手術など)を受けたことがありますか。  
1. はい ( 年頃) 2. いいえ  
「はい」と答えた方にうかがいます。定期的に肝機能検査を受けていますか。 1. はい 2. いいえ

3) (女性のみ) 妊娠・分娩時に多量に出血したことがありますか。  
1. はい ( 年頃) 2. いいえ  
「はい」と答えた方にうかがいます。定期的に肝機能検査を受けていますか。 1. はい 2. いいえ

4) これまで、市のB型肝炎ウイルス検査を受けたことがありますか。  
1. はい ( 年頃) 2. いいえ 3. わからない

5) 現在、B型肝炎の治療を受けていますか。  
1. はい ( 年前から) 2. いいえ 3. わからない

6) 過去に、B型肝炎の治療を受けたことがありますか。  
1. はい ( 年頃) 2. いいえ 3. わからない

7) これまで、市のC型肝炎ウイルス検査を受けたことがありますか。  
1. はい ( 年頃) 2. いいえ 3. わからない

8) 現在、C型肝炎の治療を受けていますか。  
1. はい ( 年前から) 2. いいえ 3. わからない

9) 過去に、C型肝炎の治療を受けたことがありますか。  
1. はい ( 年頃) 2. いいえ 3. わからない

10-1) 肝炎ウイルス検診の目的等について理解した上で、肝炎ウイルス検査を希望しますか。  
1. 希望する 2. 希望しない

10-2) 「HBs抗原陽性」又は「現在C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」と判定された場合、フォローアップに同意しますか。  
(フォローアップでは、精密検査を受診したかどうかのアンケート等を、後日、お願いいたします。)  
1. 同意する 2. 同意しない

氏名 \_\_\_\_\_ (自署してください)

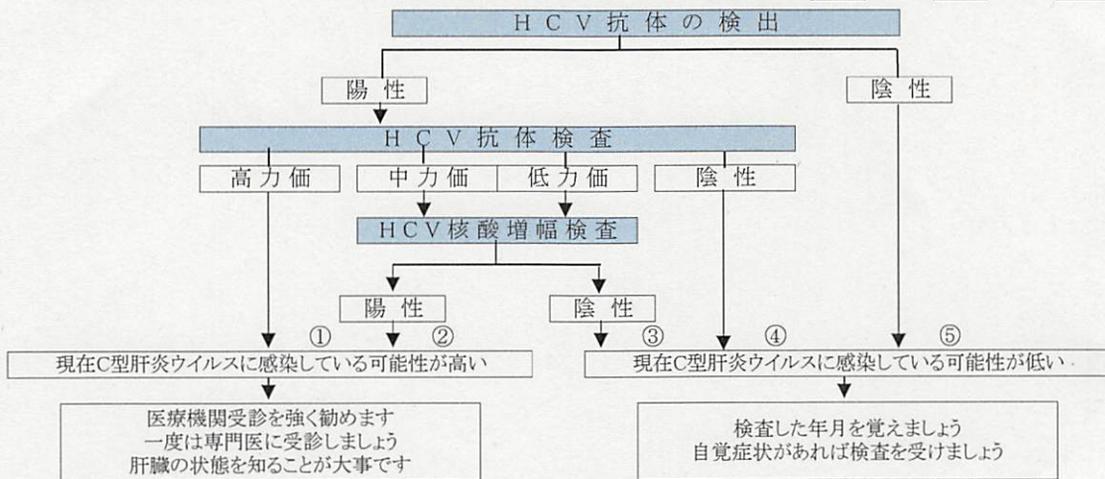
## II. B型肝炎ウイルス検査判定結果 ※該当する判定結果に☑を記入してください。

- 1) 「HBs抗原 陽性」と判定されました。 →  1) 「HBs抗原 陰性」と判定されました。 →

## III. C型肝炎ウイルス検査判定結果

※該当する判定結果に☑を記入してください。

- 1) 「現在C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」と判定されました。  ①  ②
- 2) 「現在C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い」と判定されました。  ③  ④  ⑤



<注意事項> HBs抗原検査が陰性となった場合にも、身体のだるさ等の症状や肝機能異常を指摘された場合などには、必ず医師に相談してください。  
また、日常生活の場では、C型肝炎ウイルス(HCV)に感染することはほとんどないことがわかっています。したがって、毎年くり返してC型肝炎ウイルス検査を受けなくても、現在のところ、上図に示す手順を踏んだ検査を1回受ければよいとされています。  
なお、「現在C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い」と判定された場合でも、C型肝炎ウイルス(HCV)以外の原因による肝炎になる可能性があること、検査後新たにC型肝炎ウイルス(HCV)に感染する場合(きわめてまれとされています。)があること、検査による判定には限界があることなどもありますので、身体のだるさや食欲がない等の症状や肝機能異常を指摘された場合などには、必ず医師に相談してください。

検診実施 医療機関	医療機関コード
	—

# 肝炎ウイルス検診票

【受診者の方へ】 受診の前に必ず裏面をお読みください。

【C型肝炎ウイルス検査・B型肝炎ウイルス検査】

受診者コード					

受診日		年		月		日	
医療機関	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

肝炎ウイルス検診の目的等(4枚目裏面)を理解し同意したうえで、氏名・生年月日・住所・電話番号・問診事項(1)~(6)を記入してください。

フリガナ		性別		生年月日		明治 大正 昭和		年		月		日	(	歳)
氏名		男・女												
住所	船橋市					電話番号								

## 問診事項

- (1) 肝臓病にかかったことや肝機能が悪いと言われたことがありますか      1. はい      2. いいえ      3. わからない
- (2) 過去に輸血を受けたことがありますか      1. はい      2. いいえ      3. わからない
- (3) ご家族に肝臓病の方はいらっしゃいますか      1. はい      2. いいえ      3. わからない
- (4) これまでに、C型肝炎ウイルス検査もしくはC型肝炎の治療を受けたことがありますか      1. はい      2. いいえ      3. わからない
- (5) これまでに、B型肝炎ウイルス検査もしくはB型肝炎の治療を受けたことがありますか      1. はい      2. いいえ      3. わからない
- (6) 希望する検査に○を付けてください      1. C型肝炎ウイルス検査のみ      2. B型肝炎ウイルス検査のみ      3. 両方

判定結果 判定結果番号の口にチェックしてください 【結果通知日:      年      月      日】

C型肝炎ウイルス検査		判定記入欄	B型肝炎ウイルス検査 (HBs抗原検査)		
HCV抗体検査	高力価	<input type="checkbox"/> 1	→	現在C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い	<input type="checkbox"/> 1 → 陽性
	中力価 低力価	HCV核酸増幅検査	陽性	→	<input type="checkbox"/> 3
			陰性	→	<input type="checkbox"/> 4
	陰性	<input type="checkbox"/> 5	→	現在C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い	<input type="checkbox"/> 2 → 陰性

肝炎ウイルス検診一次医療機関様へ

- 結果が「現在C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」またはB型肝炎ウイルス検査が「陽性」と判定された方に、「船橋市肝炎ウイルス陽性者フォローアップ事業」の説明をし、精密検査依頼状をご記入ください。

「船橋市肝炎ウイルス陽性者フォローアップ事業」につきましては詳しくは裏面をご参照ください。

- 「船橋市肝炎ウイルス陽性者フォローアップ事業」へ参加しますか      {      1. 同意する      2. 同意しない      }

## 精密検査依頼状

肝炎ウイルス陽性者フォローアップ指定医療機関  
※一次検診と同一医療機関の場合でもご記入ください。

御中

当院において肝炎ウイルス検診を受診された

様は

右記のとおり精密検査が必要と考えられますので、ご多忙の折恐縮ですが精密検査等を実施していただきますようお願いいたします。

《肝炎ウイルス検診》

受診日		年		月		日	
検査結果 (医師記入欄)							
C型肝炎ウイルス	<input type="checkbox"/> 感染している可能性が高い						
B型肝炎ウイルス	<input type="checkbox"/> 陽性						
一次検診医療機関							

A票 医師会提出用(健康づくり課控え) ※受診結果確定後、三ヶ月以内に船橋市医師会に提出してください。

2019.3

検査結果は、船橋市個人情報保護条例を遵守し、検診精度向上や保健・介護予防事業推進のため、統計処理、地区分析及び大学等の研究機関での研究等に利用させていただきますのでご了承ください。