

## 肝炎ウイルス検査受診票（山口県）

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	
<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。</p> <p>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 <b>1 希望する</b> <b>2 希望しない</b></p> <p>※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 <b>・同意する</b> <b>・同意しない</b></p> <p>※市町への情報提供は、検査受検の要件ではありません</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

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
判定年月日	年 月 日	結果通知日	年 月 日
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（ ）			
実施医療機関名			

A 医療機関用

※ 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）

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	
<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。</p> <p>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 <b>1 希望する</b> <b>2 希望しない</b>                  ※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 <b>・同意する</b> <b>・同意しない</b>                  ※市町への情報提供は、検査受検の要件ではありません</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

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
判定年月日	年 月 日	結果通知日	年 月 日
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）		B 健康 福祉 セン ター （保 健 所） 用
	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（ ）			
実施医療機関名			

※ 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）

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) - -	

**【検査に関する注意事項】**

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。

**【フォローアップ事業】**

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。

**●医療機関記入欄**

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
判定年月日	年 月 日	結果通知日	年 月 日
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（ ）			
実施医療機関名			

C受診者用

※ 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。