

(第1号様式)

肝炎ウイルス陽性者フォローアップ事業参加同意書

感染に感染した場合、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。

大分県では、肝炎ウイルス陽性者の方に対するフォローアップ事業を行っています。

フォローアップ事業へご参加いただいた場合、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、必要に応じてお電話等でご連絡を差し上げる場合もあります。

なお、フォローアップ事業で入手した個人情報につきましては、フォローアップ事業及び検査費用助成事業の中でのみ使用し、その他の目的に用いることはありません。

下記のいずれかにチェックをつけて、必要事項を御記入の上、ご提出ください。

フォローアップに同意する

フォローアップに同意しない

氏名（自筆）： _____ 性別： 男 ・ 女 _____

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 電話番号： _____ - _____ _____

〒 _____
住 所： _____ 大分県 _____