

## 肝 炎 ウ イ ル ス 検 査 問 診 票

		検査受診日		年	月	日
ふりがな		性別	男・女	生年月日	年	月
氏名				年	月	日
住所 (電話番号)	市・郡	町・村				
	自宅: - -	携帯: - -				
検査内容	この検査は大分県・大分市が実施する無料検査です。 検査をご希望の方には、「HBs抗原検査」と「HCV抗体検査」を受けていただきます。					
【検査理由】 該当する項目の□に✓を付けてください。						
<input type="checkbox"/> 1 これまでにB型及びC型肝炎ウイルス検査を受けたことがない。						
<input type="checkbox"/> 2 これまで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。 ⇒異常を指摘された時期: _____年____月ごろ						
<input type="checkbox"/> 3 家族に肝炎ウイルス陽性者や肝炎・肝がん等を発症した方がいる。						
<input type="checkbox"/> 4 過去に輸血を受けたことがある。						
<input type="checkbox"/> 5 非加熱凝固因子製剤やフィブリノゲン製剤の投与を受けたことがある。						
<input type="checkbox"/> 6 長期に血液透析を受けている。						
<input type="checkbox"/> 7 ピアスや入れ墨をしている。						
<input type="checkbox"/> 8 その他(上記1～7に該当がない場合は、理由を記入) ( _____ )						
【受診者署名欄】 該当する項目の□に✓を付けてください。						
この検査の結果は、大分県または大分市に報告されますが、検査結果を含む個人情報 は 厳重に管理され、個人のデータが外部に公開されることはありません。 以上のことを理解した上で、( <input type="checkbox"/> 検査を希望します。 <input type="checkbox"/> 検査を希望しません。 )						
※陽性者フォローアップ事業について 検査結果が陽性の場合、重症化の防止のため、保健所から精密検査の受診状況、治療状況等を確認する調査票を送付します。この事業に参加される場合は、初回精密検査費用や定期検査費用の助成を受けることができます。 「陽性者フォローアップ事業」について、( <input type="checkbox"/> 参加を希望します。 <input type="checkbox"/> 参加を希望しません。 )						
自署または記名押印 _____						
【医療機関記入欄】						
- 検査結果 -						
HBs抗原検査(B型肝炎ウイルス検査): 陰性 ・ 陽性						
HCV抗体検査(C型肝炎ウイルス検査): 陰性 ・ 陽性 (C.O.I値: _____)						
医療機関名:						
住 所:						
電 話: _____ 担当医: _____ 印 _____						