

## 熊本県肝炎ウイルス陽性者フォローアップ実施要領

### 第1 目的

相談や啓発により本県 B 型、C 型肝炎ウイルス陽性者を早期治療及び治療継続に繋げ、ウイルス性肝炎患者等の重症化予防を図ります。

### 第2 陽性者フォローアップ事業

#### 1) 対象者

- ア 県保健所で行う肝炎ウイルス検査で判定された陽性者
- イ その他、医療機関や職域からの情報提供や検査費用の請求等により把握した陽性者

#### 2) 実施方法

対象者よりフォローアップ事業参加同意書（様式第1号）により本人の同意を得た上で、調査票（様式第2号）を年1回送付する等により、対象者の医療機関への受診状況や診療状況を確認し、未受診の場合は必要に応じて医療機関の受診を勧奨します。

### 第3 実施に当たっての留意事項

個人のプライバシー等人権の保護に十分配慮することとします。

### 附則

この要領は平成27年7月10日から施行し、平成27年4月1日から適用する。

(様式第1号)

肝炎ウイルス陽性者フォローアップ事業参加同意書

ウイルス性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。

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。

熊本県では、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、必要に応じて電話等でご連絡を差し上げる場合があります。

本事業にご参加いただいた方には、随時必要な相談支援を行うほか、肝疾患治療の最新情報や相談会・講習会等のご案内を差し上げます。

なお、本事業で入手した個人情報につきましては、本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、必要事項をご記入の上、ご提出ください。

フォローアップに同意する (平成 年 月 日)

フォローアップに同意しない

氏名(自署) : \_\_\_\_\_

性別 : 男 ・ 女      生年月日 : \_\_\_\_\_ 年 月 日

電話番号 : \_\_\_\_\_

住 所 : 〒 \_\_\_\_\_

【同意書の提出先】

保健所	電話番号	保健所	電話番号
有明保健所	0968-72-2184	八代保健所	0965-33-3229
山鹿保健所	0968-44-4121	水俣保健所	0966-63-4104
菊池保健所	0968-25-4138	人吉保健所	0966-22-3107
阿蘇保健所	0967-32-0535	天草保健所	0969-23-0172
御船保健所	096-282-0016	熊本市保健所	096-364-3189
宇城保健所	0964-32-1207		

【問い合わせ先】

熊本県健康危機管理課

熊本市中心区水前寺6丁目18番1号(電話:096-333-2783)

(様式第2号)

## 医療機関の受診状況等に関する調査票

本調査は、熊本県肝炎ウイルス陽性者フォローアップ事業に参加いただいた方を対象に、医療機関の受診状況や治療内容を確認し、必要な相談支援を行うことを目的に年1回実施しております。

調査のご回答を受けて、当方からお問い合わせをさせていただく場合があります。

なお、個人情報及び回答内容につきましては、本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。ご協力のほどよろしくお願いいたします。

【本調査に関するお問い合わせ先】

熊本県健康福祉部健康危機管理課 (TEL 096-333-2783)

問1 過去1年以内に肝臓の病気に関して医療機関を受診しましたか。

はい

(直近の受診日：平成 年 月 ころ 医療機関名： )

いいえ (受診をしていない理由： )

問2 (問1で「はい」と回答した場合) 差し支えなければ、説明を受けた病状を教えてください。

無症候性キャリア (B型肝炎ウイルス・C型肝炎ウイルス)

慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる・C型肝炎ウイルスによる)

肝硬変 (B型肝炎ウイルスによる・C型肝炎ウイルスによる)

肝がん (B型肝炎ウイルスによる・C型肝炎ウイルスによる)

その他 ( )

問3 (問1で「はい」と回答した場合) 現在の治療状況と今後の予定を教えてください。

肝臓病の治療を現在受けている。または今後受ける予定である。

↳ 差し支えなければ、治療内容を教えてください。

↳  インターフェロン治療       核酸アナログ製剤治療

その他 ( )

肝臓病の治療は受けていない。または今のところ治療の予定はない。

↳ 今後の予定をご回答ください。

↳  経過観察 (次回の受診目安： ころ)

その他 ( )

問4 その他、ご意見やご質問などありましたら、ご記載ください。

お名前： \_\_\_\_\_ 記載年月日：平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日