

受検者記載欄

申込日	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	住所 〒 -
生年月日	年 月 日 電話番号(自宅) - - (歳) (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。検査希望理由については、必ず申込者本人が記載(自筆が困難な場合には申請者本人の申し出に基づき代筆)いただきますようお願いいたします。

【受検履歴】 ※ 過去に受けたこと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(2009年)4月以降に妊婦健診を受けた方は、B・C型両方の検査を受けられています。

【検査希望理由】
 ①平成6年(1994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平成4年(1992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家族等が肝炎ウイルスの感染者のため、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。()
 ※ 「検査を受けたことがない。」以外の理由を記入してください。
 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(必須) 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。①②について、詳しくは裏面をご覧ください。
 本人自署 _____

医療機関記載欄

受付日	検査項目	本人確認した書類	確認者
年 月 日	<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： 年 月 日		
○B型肝炎 HBs抗原 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 ○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)	