

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) - -
<p>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。</p> <p>【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？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(<input type="checkbox"/> B型のみ、<input type="checkbox"/> C型のみ、<input type="checkbox"/> B・C型両方) <input type="checkbox"/> 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。</p> <p>【検査希望理由】 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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：<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> その他() 輸血を受けた時期：<input type="checkbox"/> 年 月頃 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> ③長期に血液透析を受けている。 <input type="checkbox"/> ④大きな手術を受けたことがある。 <input type="checkbox"/> ⑤臓器移植を受けたことがある。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> ⑨その他検査を希望する理由。() 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。)</p> <p>(医療機関記載欄)</p>	
<p>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</p> <p>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) <input type="checkbox"/> 同意 ・ <input type="checkbox"/> 非同意 ② 熊本県のフォローアップ事業への参加同意 <input type="checkbox"/> 同意 ・ <input type="checkbox"/> 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。</p> <p>本人自署 _____</p>	

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		
<input type="checkbox"/> B型肝炎 HBs抗原 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 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)	

(1) 肝炎ウイルス検査を受ける方へ

①熊本県ウイルス性肝炎患者等の重症化予防推進事業について

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に同意いただくことが、無料で肝炎ウイルス検査を受ける必須条件になります。

本事業は、肝炎ウイルス感染の早期発見、早期治療を目的として、熊本県から社団法人熊本県医師会に委託して実施しております。検査申込・検診票及び検査結果は、検査を受けた医療機関から社団法人熊本県医師会を通じて熊本県に報告されます。

②フォローアップ事業について

肝炎ウイルス陽性者に対して、早期治療・治療継続等に繋げることで、ウイルス性肝炎患者等の重症化予防を図ることを目的としています。

医療機関の受診状況や治療内容等について確認するため、県の担当者が年に1回電話をお掛けします。その他、必要に応じて、医療費助成制度、相談支援、肝炎に関する情報提供や相談会・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。

フォローアップ事業への同意がなくても無料で肝炎ウイルス検査を受けることができますが、検査で陽性となり、精密検査の費用助成を受ける場合には、フォローアップ事業の参加同意が必要になります。

③検査の結果について

検査結果は、後日、検査を受けた医療機関から文書を郵送する等の方法で通知します。検査結果が陰性以外だった場合は、精密検査、治療を受けましょう。

なお、精密検査の費用助成制度や治療の医療費助成制度があります。詳しくは、最寄りの保健所にご相談ください。

(2) 検診を実施した医療機関の方へ

①検査結果について

検査結果については、検査結果通知書（様式2）等により、受検者に対して通知をお願いします。検査の結果、陰性以外の判断を行った方に対して、検査結果の説明や肝疾患専門の医療機関への受診勧奨を行ってください。

②検査実績について

検査実績については、月ごとにとりまとめ、本書（肝炎ウイルス検査申込・検診票）とともに、県医師会事務局に報告していただきますようお願いいたします。なお、報告様式及び報告期限については、県医師会事務局の指示を受けてください。

※ 公益社団法人 熊本県医師会 （電話番号 096-354-3838）

(3) お問い合わせ

ご不明な点は、最寄りの保健所または熊本県健康危機管理課にお問い合わせください。

	電話番号		電話番号
有明保健所	0968-72-2184	宇城保健所	0964-32-1207
山鹿保健所	0968-44-4121	八代保健所	0965-33-3229
菊池保健所	0968-25-4138	水俣保健所	0966-63-4104
阿蘇保健所	0967-24-9030	人吉保健所	0966-22-3107
御船保健所	096-282-0016	天草保健所	0969-23-0172
		熊本県健康危機管理課	096-333-2783