

熊本県肝炎ウイルス陽性者フォローアップ事業実施要領

第1 目的

B型・C型肝炎ウイルス検査陽性者及びB型・C型肝炎ウイルスに起因するウイルス性肝炎患者（以下「ウイルス性肝炎患者等」という。）の受診状況や受療状況を確認し、ウイルス性肝炎患者等の重症化予防を図る。

第2 実施方法

県は、肝炎ウイルス陽性者フォローアップ事業参加同意書（様式第1号）又は肝炎ウイルス検査申込書・検診票（熊本県ウイルス性肝炎患者等の重症化予防推進促進事業実施要領様式1）により本人の同意を得ている対象者に対し、年1回、医療機関の受診状況等に関する調査票（様式第2号）の送付や電話等の方法により、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する。ただし、初回精密検査や定期検査の費用請求で確認できた場合は対象者への直接の確認を要しない。

第3 対象者

本事業の対象者は、県内に住所を有し、次の各号のいずれかに該当するウイルス性肝炎患者等とする。

- (1) 本県が実施する保健所若しくは委託医療機関における肝炎ウイルス検査又は熊本市が実施する委託医療機関における肝炎ウイルス検査において陽性と判定された者
- (2) 熊本県肝炎ウイルス初回精密検査助成事業又は熊本県肝炎ウイルス定期検査助成事業に係る検査費用の請求により把握した者
- (3) その他、市町村や医療機関、職域で実施する肝炎ウイルス検査において陽性と判定された者

第4 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する。

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。

附 則

この要領は、平成30年3月20日から施行し、平成30年4月1日から適用する。

附 則

- 1 この要領は、令和元年11月14日から施行する。
- 2 この要領の施行の際現に存する様式は、当分の間、所要の補正をして使用することができる。

(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回電話または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。

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 (_____ 年 _____ 月 _____ 日)

フォローアップに同意しない

氏名(自署) : _____

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	0967-24-9030	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)

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。

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： 年 月 ころ 医療機関：)

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。(病状が分からない場合は、その他を選択してください)

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。

インターフェロンフリー治療 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： _____ 年 月 日

【本調査に関するお問い合わせ先】

本調査を送付した保健所又は熊本県健康危機管理課へお問い合わせください。

保健所等名称	電話番号
有明保健所	0968-72-2184
山鹿保健所	0968-44-4121
菊池保健所	0968-25-4138
阿蘇保健所	0967-24-9030
御船保健所	096-282-0016
宇城保健所	0964-32-1207
八代保健所	0965-33-3229
水俣保健所	0966-63-4104
人吉保健所	0966-22-3107
天草保健所	0969-23-0172
熊本市保健所	096-364-3189
熊本県健康危機管理課	096-333-2783