

兵庫県肝炎ウイルス検査受診申込書兼結果報告書

年 月 日

兵庫県知事 様

(フリガナ)
氏名(自署)

私は、兵庫県肝炎ウイルス検査の趣旨を理解のうえ、受診を申し込みます。

留意事項(必ずお読みください)

今回の肝炎ウイルス検査は、現在、肝炎ウイルスに感染している可能性について判定するものです。対象者は、20歳以上の県内（原則として神戸市、姫路市、尼崎市、明石市、西宮市を除く）居住者で、実施するB型・C型肝炎ウイルス検査それぞれについて、これまで受診したことがない方、市町や健康保険組合及び協会けんぽが行う肝炎ウイルス検査の受診機会がない方です。検査によって、ウイルス感染を早期に発見し、感染者が適切な医療を受けることにより、肝がん等の発症を予防することを目的としています。検査結果について、保健所等から必要により今後の受診状況や治療内容をお伺いすることや、医療機関の受診を支援することがありますので、ご承知おきのうえ、以下の項目にご記入ください。
※本検査の受診は、1度のみ助成対象となります。過去に受けられた方は自己負担となります。

【本人記入欄】 (該当欄に記入または○をつけてください。)

生年月日	年 月 日 (満 歳)	男・女
住 所	(〒 -)	電話
検査項目	・ B型肝炎 + C型肝炎ウイルス検査 ・ B型 ・ C型	
1. 過去に肝炎ウイルス検査を受けたことがありますか ・ はい (B型・C型) ・ いいえ ・ わからない 2. 1で「はい」と答えた方にお聞きします。肝炎ウイルス検査受診後、新たに手術などの事由が生じましたか ・ はい (_____ 年前) ・ いいえ (過去に肝炎ウイルス検査を受けた方は、受診した検査と同型のウイルス検査は対象になりません) ・ わからない 3. 市町や健康保険組合及び協会けんぽが行う健診で肝炎ウイルス検査を受診できますか ・ はい (肝炎ウイルス検査の受診機会がある場合は、対象者となりません) ・ いいえ ・ わからない 4. 現在又は過去に肝炎の治療を受けていますか ・ はい (B型 _____ 年前、現在治療中、C型 _____ 年前、現在治療中) ・ いいえ ・ わからない 5. 過去に広範な外科的処置 (大きな手術など) を受けた、又は妊娠・分娩時に多量の出血をしたことがありますか ・ はい (_____ 年前) ・ いいえ ・ わからない 6. 過去にフィブリノゲン製剤の投与を受けたことがありますか ・ はい (_____ 年前) ・ いいえ ・ わからない 7. 過去に肝臓病にかかったこと、肝機能が悪いと言われたことがありますか ・ はい (_____ 年前) ・ いいえ ・ わからない		

【医療機関記入欄】

検査結果(該当欄に記入または○をつけてください。)

C型肝炎ウイルス検査 (HCV抗体検査等)	・実施・未実施	判定結果	1 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い。
		判定理由	2 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い。 ・判定① ・判定② ・判定③ ・判定④
B型肝炎ウイルス検査 (HBs抗原精密)	・実施・未実施	判定結果	・陽性 ・陰性

上記のとおり検査結果をお知らせします。また、肝炎ウイルスに感染している可能性が高いと判定した場合は、健康サポート手帳を配布します。

年 月 日

実施医療機関名
及び医師名

住 所

電 話