

医療機関の受診状況等に関する調査票（初回精密検査用）

本調査は、徳島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実施しております。調査の御回答を受けて、お住まいを管轄する保健所から問合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ので、御協力をお願いいたします。

【本調査に関するお問合せ先】

〇〇保健所（電話〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇）

※該当する項目に☑を入れてください。

問1 肝炎ウイルス検査において陽性と判定されたウイルス型について教えてください。

- ☐ B型肝炎ウイルス陽性 ☐ C型肝炎ウイルス陽性

問2 肝炎ウイルス検査はどちらで受けられましたか。

- ☐ 保健所 ☐ 県の委託医療機関（医療機関： ）
☐ 市町村が実施する肝炎ウイルス検診（健康増進事業）
☐ その他（ ）

問3 肝炎ウイルス検査において陽性と判定されてから、精密検査を受診しましたか。

- ☐ はい（受診日： 年 月ごろ 医療機関名： ）
☐ いいえ（受診していない理由： ）

問4（問3で「はい」と回答した場合）差し支えなければ、病状を教えてください。

- ☐ 無症候性キャリア ☐ 慢性肝炎 ☐ 肝硬変 ☐ 肝がん
☐ その他（ ）

問5（問3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。

- ☐ 現在、肝臓病の治療を受けている。
↳ 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（ ）
☐ 現在、肝臓病の治療は受けていない。
↳ 今後の予定を教えてください。
☐ 治療を予定している。（治療開始目安：令和 年 月ごろ）
☐ 経過観察（次回の受診目安：令和 年 月ごろ）
☐ その他（ ）

問6 その他、御意見や御質問等ありましたら御記入ください。

お名前： 回答年月日： 年 月 日