

## 医療機関の受診状況等に関する調査票（フォローアップ用）

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、年1回程度実施しております。

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。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 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 日ごろ 医療機関名： )
- ☐ いいえ  
(受診していない理由： )

### 問2（問1で「はい」と回答した場合）差し支えなければ、病状を教えてください。

- ☐ 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。

- ☐ 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、肝臓病の治療を受けていない。
- ↳ 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4 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