

肝炎ウイルス検査問診票

受検日	年	月	日			
ふりがな				大正・昭和・平成		
氏名	性別	男・女	生年月日	年	月	日
					年齢	歳
〒	—	電話番号	※携帯電話等、昼間連絡がとれる番号を記入してください () —			
住所						
(マンション・アパート名など:)						
徳島県	市・郡	町・村				

次の項目にお答えください。

ただし、『はい』と回答される項目があれば、原則として無料検査を受けることはできません。

問診	回答欄
1 過去に肝炎ウイルス検査を受けたことがありますか？ ① B型肝炎ウイルス(HBs 抗原)検査 ② C型肝炎ウイルス(HCV抗体)検査 (※過去、以下に該当する方は検査を受けられている可能性があります) ・「献血」や「入院して手術を受けたことがある」方 ・「長期に血液透析を受けている」「妊婦健診を受けたことがある」方	①いいえ ・ はい ②いいえ ・ はい
1-1 「はい」の方は、そのときの検査結果を教えてください。	①B型 陰性 ・ 陽性 ・ わからない ②C型 陰性 ・ 陽性 ・ わからない
1-2 「陰性」「わからない」の方で、検査後、新たな感染の機会がありましたか。	いいえ ・ わからない ・ はい
2 市町村が実施する肝炎ウイルス検査や職場健診等で肝炎ウイルス検査や職場健診等で肝炎ウイルス検査を受ける機会がありますか？	いいえ ・ わからない ・ はい
3 次のどの検査を希望されますか？ (いずれかに○をつけてください)	・B型+C型肝炎ウイルス検査 ・B型肝炎ウイルス検査のみ ・C型肝炎ウイルス検査のみ
4 以下のことを了解したうえで、肝炎ウイルス検査を希望します。 氏名 (自署してください) ・徳島県では市町村住民健診や職場において肝炎ウイルス検査を受ける機会のない方に対し、肝炎ウイルス検査を実施しています。これは、これまで肝炎ウイルス検査をしたことがない方を対象とした検査です。 ・検査結果については、受診者本人にお知らせするとともに、お住まいの市町村・徳島大学病院肝疾患相談室にもお知らせし、受診勧奨や受診状況の確認等に活用されますが、個人情報等は固く守ります。 ・検査結果を個人が特定されない方法で疫学的な調査・研究等や国への報告などに活用することがありますが、個人のデータを公表することは一切ありません。(精密検査結果についても同様とします。) ・この検査は、肝炎ウイルスへの感染の早期発見、早期治療を目的としております。 したがって、検査で『陽性』となった方は、精密検査を受けることを強く推奨します。	

年 月 日

(受診者名)

様

医療機関名：
住 所：
担 当 医 生：

印

肝炎ウイルス検査の結果について

あなたの肝炎ウイルス検査の結果を下記のとおりお知らせします。

B型肝炎ウイルス検査

- 1 陽性
- 2 陰性

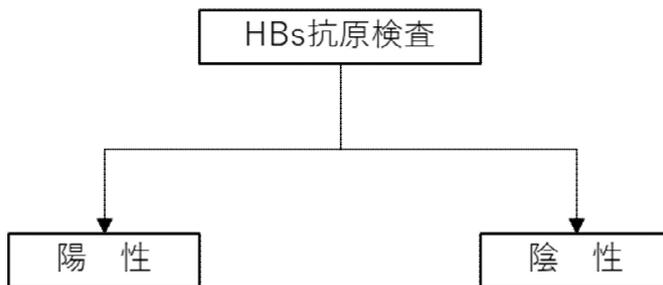
C型肝炎ウイルス検査

- 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 ① ②
- 2 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い。
判定理由 ③ ④

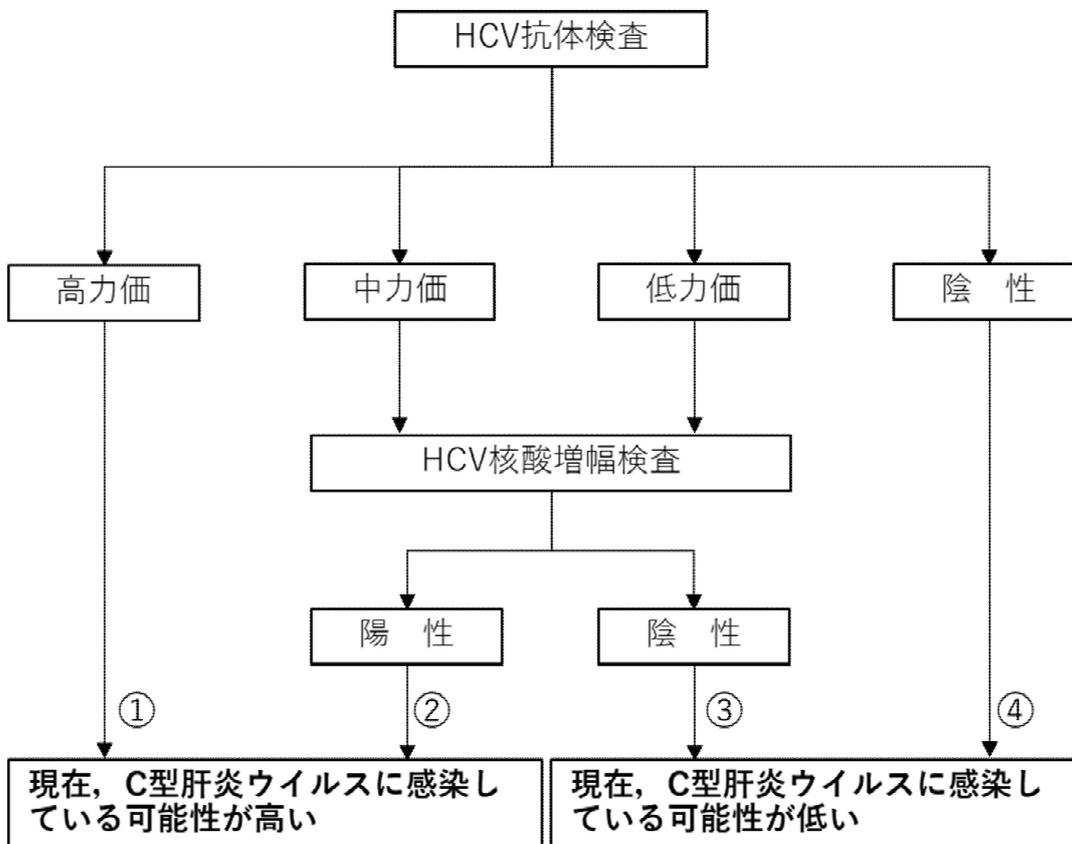
B型肝炎ウイルス検査で陽性の方、またはC型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い方は、この結果通知書と健康保険証を持参し、精密検査の実施可能な医療機関を受診してください。

【参考】

【B型肝炎ウイルス検査】



【C型肝炎ウイルス検査】



<注意事項>

HBs抗原検査が陰性となった場合も、身体のだるさ等の症状や肝機能異常を指摘された場合などには、必ず医師に相談してください。

また、日常生活の場では、C型肝炎ウイルス(HCV)に感染することはほとんどないことがわかっています。したがって、毎年くり返してC型肝炎ウイルス検査を受けなくても、現在のところ、上図に示す手順を踏んだ検査を1回受ければよいとされています。

なお、「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い」と判定された場合でも、C型肝炎ウイルス(HCV)以外の原因による肝炎になる可能性があること、検査後新たにC型肝炎ウイルス(HCV)に感染する場合(極めてまれとされています。)があること、検査による判定には限界があることなどもありますので、身体のだるさ等の症状や肝機能異常を指摘された場合などには、必ず医師に相談してください。

徳島県肝炎ウイルス検査医療機関委託事業実績報告書
(令和 年度第 四半期分)

徳島県知事 殿

契約者
所在地
名称
代表者

印

1 B型肝炎ウイルス検査

受診者数	判定結果内訳	備考
人	陽性 人	
	陰性 人	

2 C型肝炎ウイルス検査

受診者数	判定結果内訳	備考
人	感染している可能性が高い (判定① 人)・(判定② 人)	
	感染している可能性が低い (判定③ 人)・(判定④ 人)	

3 受診者数(再掲)

検査項目	受診者数	備考
C型+B型		
C型のみ		
B型のみ		
合計		

(様式第4号)

年 月 日

徳島県知事 殿

契約者
所在地
名称
代表者

印

徳島県肝炎ウイルス検査医療機関委託事業請求書
(令和 年度第 四半期分)

令和 年度第 四半期分の肝炎ウイルス検査が完了したので、問診票及び実績報告書を添えて、下記のとおり請求します。

1 請求額 円

2 請求額内訳

検査項目	1人当たりの単価	受診者数	計
C型肝炎+B型肝炎	円	人	円
C型肝炎のみ	円	人	円
B型肝炎のみ	円	人	円
合計		人	円

3 振込先金融機関

銀行名・支店名	預金種目	口座番号	口座名義
銀行	1 普通預金		
支店	2 当座預金		