様式第１号

岐阜県肝炎ウイルス委託検査申込（問診）票兼結果票

○検査を受ける方は、こちらを必ずお読みください。（太枠内のみご記入ください。）

この肝炎ウイルス検査は、B 型・C 型肝炎ウイルス感染者を早期発見するため、岐阜県が一般社団法人岐阜県医師会に委託し実施している事業です。

この申込（問診）票兼結果票は、医療機関から一般社団法人岐阜県医師会を経由して岐阜県に提出され、検査結果の分析など、岐阜県の肝炎対策に必要な調査等を行うことがあります。

これらのことを理解の上、上記の取扱いについて同意して、肝炎ウイルス検査の受検を希望します。

フリガナ

受検者氏名　　（性別）　男 ・ 女　（生年月日）　　年　　月　　日（　　歳）

住所　（注：住民票が岐阜市内にある方は、本事業の対象になりません。岐阜市保健所（058-252-7191）にお問い合わせください。）

〒　　―　　電話（　　）　　―

【問診項目】

① これまでにＢ型・Ｃ型肝炎ウイルス検査を受けたことがありますか？

□はい（　　年頃）　□いいえ　□わからない

② 市町村や職場で行う肝炎ウイルス検査の受検機会がありますか？（※「はい」の方は、原則としてそちらを優先受検してください。）

□はい（　　年頃）　□いいえ　□わからない

③ 岐阜県の無料肝炎ウイルス検査のことをどこで知りましたか？（複数回答可）

□友人・知人　□医療機関　□薬局　□保健所　□テレビ　□ラジオ・新聞　□講演会

□県・県医師会作成のチラシやポスター（ご覧いただいた場所や配布があった場所を教えてください。）

（□医療機関　□薬局　□保健所　□市町村役場　□コンビニ　□その他（　　））

□岐阜県ホームページ　□岐阜県以外のホームページ（　　）

④ 検査結果が陽性の場合には、フォローアップに同意しますか？（同意いただいた場合は、医療機関への受診状況を確認させていただく他、肝疾患に関する相談会の案内や県が認める初回精密検査や定期検査の費用助成を受けることができます。）

□岐阜県及び住所地の市町村が行うフォローアップ事業について同意する。

□岐阜県が行うフォローアップには同意するが、住所地の市町村が行うフォローアップには同意しない。

（※同意がなくても検査は受検できます。また、検査結果確認後にフォローアップ事業に参加することもできます。）

【医療機関記入欄】

検査項目	検査結果
ＨＢｓ抗原検査	□　陽性　　□　陰性
Ｃ型肝炎ウイルス検査	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　） □　低い　判定理由（　③　・　④　・　⑤　）
過去に肝炎ウイルス検査を受けたことがある場合（問診項目①）、再検査を必要とした理由を記載してください。	
『陽性』または『判定理由①・②』の場合 □　県のフォローアップ事業・初回精密検査について県作成のチラシを用いて案内をした。 □　肝疾患専門医療機関の紹介状を渡した。 紹介先の肝疾患専門医療機関名： □　その他（　　）	

検査（採血）年月日：令和　　年　　月　　日　　結果通知日：令和　　年　　月　　日

医療機関名

所在地

医師氏名

要綱に従い、毎月 10 日までに前月検査分を県医師会に提出してください。