（様式第１号）

肝炎ウイルス検査問診票

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | 受検年月日 | | 平成　　　　年　　　月　　　日 | | | |
| 氏名 | ふりがな | | | 性別 | 男・女 | 生年  月日 | 平成・昭和  年　　　　月　　　　日 | | 年齢 | 歳 |
|  | | |
| 住所 | 〒　　　　　－ | 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。  （　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　－ | | | | | | | |
| （※住民票に記載されている住所を番地まで記入してください。佐賀県内に住民登録がない場合は検査を受けることができません。） 　 （マンション名・アパート名など：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  佐賀県　　　　　 　　　　市・郡　　　　 　 　　町 | | | | | | | | | |
| **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一つでもあれば、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　平成１４年度以降に肝炎ウイルス検査を受けたことがありますか。  （※献血や入院して手術をした方は、検査を受けられている可能性があります。）  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 | | | | | | | | ① いいえ ・ わからない ・ はい  ② いいえ ・ わからない ・ はい | | |
| ２　平成２１年４月以降に妊婦健診を受けたことがありますか。  　（※平成２１年度以降、県内のすべての市町にて妊婦健診の際、肝炎ウイルス検査が実施されています。平成２１年度以前に実施されている市町もあります。妊婦健診を受けたことがある場合は、母子手帳で結果を確認してください。） | | | | | | | | いいえ　・　はい  ※1女性の方のみお答えください  ※2母子手帳に記載がなく、検診の際、肝炎ウイルス検査を受けていないことが確認できた方は、検査を受けることができます。 | | |
| ３　現在肝臓の病気で、治療を受けていますか。 | | | | | | | | いいえ　・　はい | | |
| 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。  【希望検査項目】※○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  **氏名**  **（自署してください）**   |  | | --- | | 佐賀県では、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、検査機関で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２０歳以上の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、お住まいの市町にもお知らせし、受診勧奨や受診状況の確認、調査票の送付等に活用されますが、秘密は固く守ります。また、匿名化して県と佐賀大学が管理するデータベースに送られ医療情報とあわせて厳重に管理されます。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。）  また、この検査は税金で費用を負担して実施するものであり、最終的に肝疾患の治療に結びつけることが目的です。  したがって、**検査で「陽性」となった方**は、必ず精密検査を受ける必要があります。 | | | | | | | | | | | |
| 【検査実施機関】※この欄は、医療機関において必ず記載してください（ゴム印可。）。  所在地  医療機関名（管理者）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関コード | | | | | | | | | | |