（様式第１号）

肝炎ウイルス検査問診票

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受検年月日 | 　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 氏名 | ふりがな | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 昭和・平成年　　　　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

|  |
| --- |
| ・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、受診者本人及び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。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）**・検査で「陽性」となった方は、精密検査を受けましょう。** |

**自署してください****氏名** |
| 【検査実施機関記載欄】※受検者が「佐賀県に住民票がある」「20歳以上である」ことを確認した場合は以下にチェックをお願いします。**上記受検者は　　　□佐賀県に住民票がある　　　　□20歳以上である**　（以下、ゴム印可）　　　　所在地　　　　　　　　　　　　医療機関名（管理者）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関コード　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |