（様式例第３号）

**肝炎ウイルス検査精密検査依頼書**

  **精密医療機関　　　　　　　　　　様**

　　　下記の方は、当院において実施しました肝炎ウイルス検査の結果、精密検査を要すると判定されましたので紹介いたします。

画像診断等が必須事項となっておりますのでよろしくお願いいたします。

なお、佐賀県では、初回精密検査を受けられた場合「肝炎ウイルス精密検査費助成制度」として対象となる項目の検査費用の自己負担分を助成しております。

また、精密検査実施後、インターフェロンフリー治療やインターフェロン治療、核酸アナログ製剤治療が必要な慢性肝炎の場合は、佐賀県ウイルス性肝炎治療費助成制度の活用を勧奨いただきますようお願いします。

（助成制度の詳細は、お住まいの市町を管轄する保健福祉事務所へお問い合わせください。）

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診者氏名 |  | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 昭和 ・ 平成 　 年 　 月 　日 |
|  受診者住所 |   市  町  　　　　　　　　　　　　　　　 　　　 　　　　　電話（ 　　　　　　　　　 ） |
|  検査年月日 |  　　　年　　　月　　　日 |

　　年　　月　　日

所　在　地:

 医療機関名:

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 医師氏名:

 この肝炎ウイルス検査は佐賀県における肝がん、慢性肝疾患及び肝硬変による死亡率が全国平均に比べ非常に高いため、肝疾患の早期発見、早期治療を目的に佐賀県が、実施しております。

**精密検査の結果を肝炎ウイルス精密検査結果報告書にご記入のうえ、３部のうち医療機関**

**控１部を除く２部を検査実施医療機関（紹介元医療機関）及び佐賀県がん撲滅特別対策室**

**（あて先　〒840-8570　佐賀市城内1-1-59　佐賀県がん撲滅特別対策室　）へお送り下さいますようお願いいたします。**