

# 福山市肝炎ウイルス検査診査票【特定感染症検査等事業】

## 記入例

検査年月日: 2024年 5月 10日

(太線の中は、受診者が御記入ください。)

フリガナ	フクヤマ ハナコ			性別	男 女	生年月日	昭和・平成・令和	63年	年齢	35歳
名前	福山 花子			性別	女	生年月日	又は 西暦	8月30日	年齢	35歳
住所	福山市 三吉町南二丁目11番22号			電話	084 - 928 - 1127					
問診	○今までに肝炎ウイルス検査を受けたことがありますか。 ※「はい」の場合、前回の検査以降に感染の機会がある人を除き、申し込むことができません。									
	○肝炎ウイルス検査を市の検診(40歳以上を対象)や職場等で受ける機会がありますか。 ※「はい」の場合、申し込むことができません。									
	○肝臓病にかかったこと(年頃) はい ・ いいえ									
	○現在、肝炎の治療を はい ・ いいえ									
○手術や出産で、大量に出血したことがありますか。 はい ・ いいえ										
<p>【説明事項】</p> <p>1 この検査は、B型・C型肝炎ウイルス持続感染者(キャリア)を発見し、早期に適切な治療に結びつけることを目的としています。</p> <p>2 受診者の検査費用の負担はありません。</p> <p>3 検査の結果、「陽性」又は「感染の可能性が高い」と判定された人は、必ず肝臓専門の医療機関を受診し保健指導を受けてください。また、後日担当保健師が連絡をとらせていただく場合があります。</p> <p>4 新たな感染リスクが発生しない限り、繰り返し肝炎ウイルス検査を受ける必要はありません。今回の検査結果を大切に保管してください。</p> <p>【説明事項】に同意し、肝炎ウイルス検査を希望します。 本人自署 <b>福山 花子</b></p>										

**今回の検査は受診できません。**  
 ※前回の検査以降に新たな感染リスクがあり検査を行う場合は、医師が備考欄に詳細を記載してください。

### (検査実施医療機関記入欄)

B型肝炎ウイルス検査	<input type="checkbox"/> 陰性 <input checked="" type="checkbox"/> 陽性 (医療機関の受診を強く勧めます。)	HCV抗体の検出(定性) ※省略可能	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 実施
C型肝炎ウイルス検査	<input type="checkbox"/> 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性(医療機関の受診を強く勧めます。) → 判定理由 ① ② <input checked="" type="checkbox"/> 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	HCV抗体検査	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 ① ② ③ ④ ⑤
検査結果説明	<input checked="" type="checkbox"/> 結果説明 [ 来院 ・ その他 ( [ 2024年 5月 20日 ] 済	HCV核酸増幅検査	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 ① ② ③ ④ ⑤
指導事項	<input type="checkbox"/> 当院で加療 <input checked="" type="checkbox"/> 広島県肝疾患診療支援ネットワーク専門医療機関を紹介 [紹介先: ○○○病院] <input checked="" type="checkbox"/> 広島県肝疾患患者フォローアップシステムの説明 同意: <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他 [ ]	備考	B型肝炎ウイルスに感染している人と性行為を行った。

未実施、実施のいずれかにチェックしてください。

判定理由①～⑤のいずれかにチェックしてください。

医療機関名

○○○病院

医師名

○○ ○○