肝炎ウイルス検査問診票

氏 名				│ 検査 │ _{──}	受診日		年	月	日	
(電話番号) 自宅:			性別	男·女			年	月	日歳	
検査をご希望の方には、「HBs抗原検査」と「HCV抗体検査」を受けていただきます。 「検査理由】 該当する項目の□に▼を付けてください。 □ 1 これまでにB型及びC型肝炎ウイルス検査を受けたことがない。 □ 2 これまでに健康診断等で肝機能検査の異常を指摘されたことがある。 □ 3 家族に肝炎ウイルス陽性者や肝炎・肝がん等を発症した方がいる。 □ 4 過去に輪血を受けたことがある。 □ 5 非加熱凝固因子製剤やフィブリノゲン製剤の投与を受けたことがある。 □ 6 長期に血液透析を受けている。 □ 7 ピアスや入れ墨をしている。 □ 7 ピアスや入れ墨をしている。 □ 8 その他(上記1~7に該当がない場合は、理由を記入)((自宅:		担	携帯:	_	_			
□ 1 これまでにB型及びC型肝炎ウイルス検査を受けたことがない。 □ 2 これまでに健康診断等で肝機能検査の異常を指摘されたことがある。 →異常を指摘された時期:年月ごろ □ 3 家族に肝炎ウイルス陽性者や肝炎・肝がん等を発症した方がいる。 □ 4 過去に輸血を受けたことがある。 □ 5 非加熱凝固因子製剤やフィブリノゲン製剤の投与を受けたことがある。 □ 6 長期に血液透析を受けている。 □ 7 ピアスや入れ墨をしている。 □ 7 ピアスや入れ墨をしている。 □ 8 その他(上記1~7に該当がない場合は、理由を記入) (() 【受診者署名欄】 該当する項目の口に✔を付けてください。 この検査の結果は、大分県または大分市に報告されますが、検査結果を含む個人情報は厳重に管理され、個人のデータが外部に公開されることはありません。 以上のことを理解した上で、(口検査を希望します。 口検査を希望しません。) ※陽性者フォローアップ事業について検査結果が陽性の場合、重体の防止のため、保健所から精密検査の受診状況、治療状況等を確認する調査票を送付します。この事業に参加される場合は、初の結密検査費用や定期検査費用の助成を受けることができます。 「陽性者フォローアップ事業」について、(口参加を希望します。 □参加を希望しません。) 自署または記名押印 【医療機関記入欄】 - 検査結果 ー HBs抗原検査(B型肝炎ウイルス検査): 陰性 ・ 陽性 HCV抗体検査(C型肝炎ウイルス検査): 陰性 ・ 陽性										
□ 2 これまでに健康診断等で肝機能検査の異常を指摘されたことがある。 ⇒異常を指摘された時期: 年 月ごろ □ 3 家族に肝炎ウイルス陽性者や肝炎・肝がん等を発症した方がいる。 □ 4 過去に輸血を受けたことがある。 □ 5 非加熱凝固因子製剤やフィブリグン製剤の投与を受けたことがある。 □ 6 長期に血液透析を受けている。 □ 7 ピアスや入れ墨をしている。 □ 7 ピアスや入れ墨をしている。 □ 8 その他(上記1~7に該当がない場合は、理由を記入) (【検査理由】 該当する項目の□に✔を付けてください。									
	□ 1 これまでにB型及びC型肝炎ウイルス検査を受けたことがない。									
□ 4 過去に輸血を受けたことがある。 □ 5 非加熱凝固因子製剤やフィブリノゲン製剤の投与を受けたことがある。 □ 6 長期に血液透析を受けている。 □ 7 ピアスや入れ墨をしている。 □ 8 その他(上記1~7に該当がない場合は、理由を記入) (() 【受診者署名欄】 該当する項目の□に✔を付けてください。 この検査の結果は、大分県または大分市に報告されますが、検査結果を含む個人情報は厳重に管理され、個人のデータが外部に公開されることはありません。 以上のことを理解した上で、(□検査を希望します。 □検査を希望しません。) ※陽性者フォローアップ事業について 検査結果が陽性の場合、重症化の防止のため、保健所から精密検査の受診状況、治療状況等を確認する調査票を送します。この事業に参加される場合は、初回精密検査費用や定期検査費用の助成を受けることができます。 「陽性者フォローアップ事業」について、(□参加を希望します。 □参加を希望しません。) 自署または記名押印 【医療機関記入欄】 - 検査結果 ー HBs抗原検査(B型肝炎ウイルス検査): 陰性 ・ 陽性 HCV抗体検査(C型肝炎ウイルス検査): 陰性 ・ 陽性 HCV抗体検査(C型肝炎ウイルス検査): 陰性 ・ 陽性										
□ 5 非加熱凝固因子製剤やフィブリノゲン製剤の投与を受けたことがある。 □ 6 長期に血液透析を受けている。 □ 7 ピアスや入れ墨をしている。 □ 8 その他(上記1~7に該当がない場合は、理由を記入) (() 【受診者署名欄】 該当する項目の口に✔を付けてください。 この検査の結果は、大分県または大分市に報告されますが、検査結果を含む個人情報は厳重に管理され、個人のデータが外部に公開されることはありません。 以上のことを理解した上で、(□検査を希望します。 □検査を希望しません。) ※陽性者フォローアップ事業について 検査結果が陽性の場合、重症化の防止のため、保健所から精密検査の受診状況、治療状況等を確認する調査票を送します。この事業に参加される場合は、初回精密検査費用や定期検査費用の助成を受けることができます。 「陽性者フォローアップ事業」について、(□参加を希望しません。) 自署または記名押印 【医療機関記入欄】 - 検査結果 ー HBs抗原検査(B型肝炎ウイルス検査): 陰性 ・ 陽性 HCV抗体検査(C型肝炎ウイルス検査): 陰性 ・ 陽性	□ 3 家族に肝炎ウイルス陽性者や肝炎・肝がん等を発症した方がいる。									
□ 6 長期に血液透析を受けている。 □ 7 ピアスや入れ墨をしている。 □ 8 その他(上記1~7に該当がない場合は、理由を記入) () 【受診者署名欄】 該当する項目の□に✔を付けてください。 この検査の結果は、大分県または大分市に報告されますが、検査結果を含む個人情報は厳重に管理され、個人のデータが外部に公開されることはありません。 以上のことを理解した上で、(□検査を希望します。 □検査を希望しません。) ※陽性者フォローアップ事業について 検査結果が陽性の場合、重症化の防止のため、保健所から精密検査の受診状況、治療状況等を確認する調査票を送付します。この事業に参加される場合は、初回精密検査費用や定期検査費用の助成を受けることができます。 「陽性者フォローアップ事業」について、(□参加を希望します。 □参加を希望しません。) 自署または記名押印 【医療機関記入欄】 - 検査結果 - HBs抗原検査(B型肝炎ウイルス検査): 陰性 ・ 陽性 HCV抗体検査(C型肝炎ウイルス検査): 陰性 ・ 陽性	□ 4 過去に輸血を受けたことがある。									
□ 7 ピアスや入れ墨をしている。 □ 8 その他(上記1~7に該当がない場合は、理由を記入) (((((((((((((
□ 8 その他(上記1~7に該当がない場合は、理由を記入) (((((((((((((□ 6 ⅓									
() 【受診者署名欄】 該当する項目の□に✔を付けてください。 この検査の結果は、大分県または大分市に報告されますが、検査結果を含む個人情報は厳重に管理され、個人のデータが外部に公開されることはありません。 以上のことを理解した上で、(□検査を希望します。 □検査を希望しません。) ※陽性者フォローアップ事業について 検査結果が陽性の場合、重症化の防止のため、保健所から精密検査の受診状況、治療状況等を確認する調査票を送付します。この事業に参加される場合は、初回精密検査費用や定期検査費用の助成を受けることができます。 「陽性者フォローアップ事業」について、(□参加を希望します。 □参加を希望しません。) 自署または記名押印 【医療機関記入欄】 一 検査結果 ー HBs抗原検査(B型肝炎ウイルス検査): 陰性 ・ 陽性 HCV抗体検査(C型肝炎ウイルス検査): 陰性 ・ 陽性	□ 7 t	デアスや入れ墨をしている。								
【受診者署名欄】 該当する項目の口に✔を付けてください。 この検査の結果は、大分県または大分市に報告されますが、検査結果を含む個人情報は厳重に管理され、個人のデータが外部に公開されることはありません。 以上のことを理解した上で、(□検査を希望します。 □検査を希望しません。) ※陽性者フォローアップ事業について 検査結果が陽性の場合、重症化の防止のため、保健所から精密検査の受診状況、治療状況等を確認する調査票を送付します。この事業に参加される場合は、初回精密検査費用の助成を受けることができます。 「陽性者フォローアップ事業」について、(□参加を希望します。 □参加を希望しません。) 自署または記名押印 【医療機関記入欄】 一 検査結果 ー HBs抗原検査(B型肝炎ウイルス検査): 陰性 ・ 陽性 HCV抗体検査(C型肝炎ウイルス検査): 陰性 ・ 陽性	□ 8 -	その他(上記1~7に該当がない場合	合は、	理由を記	[入]					
この検査の結果は、大分県または大分市に報告されますが、検査結果を含む個人情報は厳重に管理され、個人のデータが外部に公開されることはありません。 以上のことを理解した上で、(□検査を希望します。 □検査を希望しません。) ※陽性者フォローアップ事業について 検査結果が陽性の場合、重症化の防止のため、保健所から精密検査の受診状況、治療状況等を確認する調査票を送付します。この事業に参加される場合は、初回精密検査費用や定期検査費用の助成を受けることができます。 「陽性者フォローアップ事業」について、(□参加を希望します。 □参加を希望しません。) 自署または記名押印 【医療機関記入欄】 - 検査結果 - HBs抗原検査(B型肝炎ウイルス検査): 陰性 ・ 陽性 HCV抗体検査(C型肝炎ウイルス検査): 陰性 ・ 陽性	()	
タが外部に公開されることはありません。 以上のことを理解した上で、(口検査を希望します。 口検査を希望しません。) ※陽性者フォローアップ事業について 検査結果が陽性の場合、重症化の防止のため、保健所から精密検査の受診状況、治療状況等を確認する調査票を送付します。この事業に参加される場合は、初回精密検査費用や定期検査費用の助成を受けることができます。 「陽性者フォローアップ事業」について、(口参加を希望します。 口参加を希望しません。) 自署または記名押印 【医療機関記入欄】 - 検査結果 - HBs抗原検査(B型肝炎ウイルス検査): 陰性 ・ 陽性 HCV抗体検査(C型肝炎ウイルス検査): 陰性 ・ 陽性 「陽性 (C.O.I値:)	【受診者署	名欄】 該当する項目の□に✔を何	付けて	ください。	0					
検査結果が陽性の場合、重症化の防止のため、保健所から精密検査の受診状況、治療状況等を確認する調査票を送行します。この事業に参加される場合は、初回精密検査費用や定期検査費用の助成を受けることができます。 「陽性者フォローアップ事業」について、(口参加を希望します。 口参加を希望しません。) 自署または記名押印 【医療機関記入欄】 一 検査結果 一 HBs抗原検査(B型肝炎ウイルス検査): 陰性 ・ 陽性 HCV抗体検査(C型肝炎ウイルス検査): 陰性 ・ 陽性 (C.O.I値:)										
【医療機関記入欄】 - 検査結果 - HBs抗原検査(B型肝炎ウイルス検査): 陰性 ・ 陽性 ・	検査結果が陽性の場合、重症化の防止のため、保健所から精密検査の受診状況、治療状況等を確認する調査票を送付 します。この事業に参加される場合は、初回精密検査費用や定期検査費用の助成を受けることができます。									
 一 検査結果 一 HBs抗原検査(B型肝炎ウイルス検査): 陰性・ 陽性 HCV抗体検査(C型肝炎ウイルス検査): 陰性・ 陽性(C.O.I値:) 	自署または記名押印									
HBs抗原検査(B型肝炎ウイルス検査): 陰性 ・ 陽性 HCV抗体検査(C型肝炎ウイルス検査): 陰性 ・ 陽性 (C.O.I値:)	【医療機関	記入欄】								
HBs抗原検査(B型肝炎ウイルス検査): 陰性 ・ 陽性 HCV抗体検査(C型肝炎ウイルス検査): 陰性 ・ 陽性 (C.O.I値:)	 一 検査網	5果 一								
		•	陰	性	• 陽性					
医療機関名:	HCV抗	体検査(C型肝炎ウイルス検査):	陰	性	• 陽性	:(C.O.I値:))		
	医療機関名:									
住 所:	住,	沂 :								
電 話: 担当医: 印	電	舌:		担当医	i:			印	_	