

肝 炎 ウ イ ル ス 検 診 問 診 票

整理番号				
氏 名		電話番号		
住 所	井原市	町	番地	
生年月日	大・昭	年	月	日
		年度末年齢	歳	

○医療保険各法その他の法令等に基づく保健事業等のサービスを受ける際に、合わせて肝炎ウイルス検診に相当する検診を受けることを予定していますか。

はい いいえ

○肝臓病にかかったことや肝機能が悪いと言われたことがありますか。

はい（ 年頃） いいえ

○広範な外科的処置（大きな手術など）を受けたことがありますか。

はい（ 年頃） いいえ

「はい」と答えた方にうかがいます。

定期的に肝機能検査を受けていますか。 はい いいえ

○（女性のみ）妊娠・分娩時に多量に出血したことがありますか。

はい（ 年頃） いいえ

「はい」と答えた方にうかがいます。

定期的に肝機能検査を受けていますか。 はい いいえ

○これまで、B型肝炎ウイルス検査を受けたことがありますか。

はい（ 年頃） いいえ わからない

○現在又は過去に、B型肝炎の治療を受けていますか。

はい（ 年頃） いいえ わからない

○これまで、C型肝炎ウイルス検査を受けたことがありますか。

はい（ 年頃） いいえ わからない

○現在又は過去に、C型肝炎の治療を受けていますか。

はい（ 年頃） いいえ わからない

○肝炎ウイルス検診の目的等について理解した上で、肝炎ウイルス検診を希望しますか。

HBs抗原検査について..... 希望する 希望しない

氏名 _____（自署）

C型肝炎ウイルス検査について..... 希望する 希望しない

氏名 _____（自署）

肝 炎 ウ イ ル ス 検 診 結 果

実施機関					
受診年月日	年 月 日				
HBs抗原検査	陽 性 ・ 陰 性				
C型肝炎 ウイルス 検 査	判 定 結 果	1. 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い			
	判 定 理 由	2. 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い			
		①	②	③	④ ⑤

判定結果については、判定理由①～⑤のいずれかにも○をご記入ください。