

肝炎ウイルス検査（申込）票

～福岡県・北九州市・福岡市・久留米市・川崎市（参考）～

肝炎ウイルス検査申込（問診）票

「県庁控」

受付番号 番	受 付 日	年 月 日
	結果通知予定日	年 月 日
検査項目	<input type="checkbox"/> B型肝炎＋C型肝炎	
氏名	男・女	生年月日 年 月 日（ 歳）
住所	市・郡 町	
※北九州市、福岡市、久留米市在住の方は、各市の保健所または契約医療機関で、検査を受けてください。		
(電話番号) 自宅： — — 携帯： — —		
【検査理由】 <input type="checkbox"/> 医師が肝炎ウイルス検査を必要と判断した。 （具体的に記入してください） ※ _____ <input type="checkbox"/> 過去に肝機能異常を指摘されたことがある。 （GOT・GPT値が要指導判定である等具体的に記入してください） ※ _____ 〈感染リスク要因〉※上記以外の場合は、該当する項目にレを記入してください。 <input type="checkbox"/> 1992年（平成4年）以前に輸血を受けたことがある。 輸血を受けた時期 年 月 輸血を受けた理由 a 手術 b 出産 c その他（具体的に記入してください） （ _____ ） ・具体的事例：食道静脈瘤の破裂、消化器系疾患、外傷などにより大量の出血をした。 <input type="checkbox"/> 長期に血液透析を受けている。 <input type="checkbox"/> 非加熱凝固因子製剤や1994年（平成6年）以前にフィブリノゲン製剤（フィブリン糊としての使用を含む）の投与を受けたことがある。 ・具体的事例：過去、医療機関で「血が止まりにくい」と指摘を受けた。 <input type="checkbox"/> 臓器移植を受けたことがある。		
ー受検者署名欄ー 上記のとおり、感染した可能性が高いことから肝炎ウイルス検査を希望します。 なお、 <u>検査結果で陽性だった場合には、紹介された専門医療機関等を2ヶ月以内に必ず受診することを約束するとともに、受診状況を報告し、報告していない場合は受診確認のため電話連絡等があることを承諾します。</u> なお、 <u>肝炎ウイルス検査を過去に一度も受けたことはありません。</u> <div style="text-align: right;">自 署： _____</div>		
ー結 果ー B型肝炎ウイルス検査： 陰 性 ・ 陽 性 C型肝炎ウイルス検査： 陰 性 ・ 陽 性 医療機関名： 住 所： 電 話： <div style="text-align: right;">担当医： _____</div>		

(検査医療機関→専門医療機関等→受検者管轄保健所→県庁)

肝炎ウイルス紹介状兼報告書

受付番号 番	受付日	年 月 日
	結果通知予定日	年 月 日

検査項目	<input type="checkbox"/> B型肝炎 + C型肝炎
------	--------------------------------------

氏名 男・女 生年月日 年 月 日 (歳)

住所 市・郡 町

※北九州市、福岡市、久留米市在住の方は、各市の保健所または契約医療機関で、検査を受けてください。

(電話番号) 自宅： — — 携帯： — —

— 紹介状 —

上記の方は、当院において肝炎ウイルス検査を実施した結果、下記のとおり判定されました。
ご多忙中恐縮ですが、精密検査及び治療方針の決定等についてご検討をお願いいたします。
なお、結果につきましては本書及び肝炎ウイルス精密検査報告書にご記入のうえ、上記送付先へ
ご返信くださるようお願いいたします。

C型肝炎 ウイルス	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 2. 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	①～⑥のいずれかを記入 ()
B型肝炎ウイルス (HBs抗原検査)	1	陽性
	2	陰性

※ 判定理由

- ① HCV抗体検査高力価・HCV核酸増幅検査陽性
- ② HCV抗体検査中力価・HCV核酸増幅検査陽性
- ③ HCV抗体検査中力価・HCV核酸増幅検査陰性
- ④ HCV抗体検査低力価・HCV核酸増幅検査陽性
- ⑤ HCV抗体検査低力価・HCV核酸増幅検査陰性
- ⑥ HCV抗体検査陰性

年 月 日

医療機関名： _____

医師名： _____

— 受診状況報告 — (専門医療機関等にて記入)

上記の者について、当院にて受診・治療したことを報告します。(経過観察・要治療)

年 月 日

医療機関名： _____

担当医師名： _____

(個別)様式1号-1

肝炎ウイルス検査票 (医療機関)

(検査を希望される方は太枠部分を記入してください。)

受診日	年	月	日
受診者の方へ			
◆つぎの質問について記入してください。			
A 過去にC型肝炎ウイルス検査を受けたことがありますか。 ① はい(昭和・平成・令和 年頃) ② いいえ			
B 過去にB型肝炎ウイルス検査を受けたことがありますか。 ① はい(昭和・平成・令和 年頃) ② いいえ			
C 現在又は過去に、C型肝炎の治療を受けていますか。 ① はい(昭和・平成・令和 年頃) ② いいえ			
D 現在又は過去に、B型肝炎の治療を受けていますか。 ① はい(昭和・平成・令和 年頃) ② いいえ			
E 今までに輸血を受けたことがありますか。 ① はい(昭和・平成・令和 年頃) ② いいえ			
F 今までに人工透析を受けたことがありますか。 ① はい ② いいえ			
G 過去に、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。 ① はい ② いいえ			
H なにか心配なことがあれば記入してください。 ()			

住所	〒 北九州市 区		
	フリガナ		
氏名	様		
性別	男・女	生年月日	MT 年 月 日 SHR (歳)
電話番号	(日中の連絡先) -		

この検査は、はじめて肝炎ウイルス検査を受ける方が対象です。

過去に肝炎ウイルス検査を受けたことがある方や、医療保険各法その他法令に基づく保険事業などのサービスを受ける際に肝炎ウイルス検査を受けた方、或いは受ける予定のある方は**対象外**となり、受診できません。

※対象外の方が受診されますと、全額自己負担となる可能性があります。

実施医療機関番号(6桁)

〔判定結果〕

C型肝炎ウイルス検査	
(HCV抗体検査)	▶ (HCV-RNA検査)
1. 陰性	1. 陰性
2. 低力価(弱陽性)	2. 陽性
3. 中力価(中等度陽性)	
4. 高力価(強陽性)	

※HCV抗体検査の結果が低力価(弱陽性)または中力価(中等度陽性)の方にのみ行う検査です。

B型肝炎ウイルス検査 (HBs抗原検査)

- 1. 陰性
- 2. 陽性

1 精密検査不要

※肝炎ウイルスに感染している可能性は極めて低いと思われませんが、今回の検査日と検査結果の記録は保管しておくようにしましょう。

2 必ず精密検査を受けてください

※精密検査費用への助成制度(指定の医療機関のみ)があります。助成を希望する方は、本票と健康保険証を区役所保健福祉課へ持参してください。助成制度を希望しない場合は有料となりますので、健康保険証を持参して受診してください。

医療機関名・医師名・住所

〔受診者の方へ〕次のことをご了承くださいませようお願いします。
 ・あなたの検査結果は、今後の皆様の健康づくりに活用するため、当医療機関から、実施主体である北九州市に報告させていただきます。
 ・また、精密検査が必要な方は、精密検査を受診した医療機関から、その結果について北九州市にも連絡することとなっております。
 ・この検査結果をもとに区役所の保健師などが、あなたにご連絡することがあります。

あなたの個人情報保護法に基づき保護されます。

北九州市

肝炎ウイルス検査票 (集団検診)

(検査を希望される方は太枠部分を記入してください。)

住所	〒 北九州市 区		
	フリガナ		
氏名	様		
性別	男・女	生年 月 日	MT S HR 年 月 日 (歳)
電話番号	(日中の連絡先) -		

この検査は、はじめて肝炎ウイルス検査を受ける方が対象です。

過去に肝炎ウイルス検査を受けたことがある方や、医療保険各法その他法令に基づく保険事業などのサービスを受ける際に肝炎ウイルス検査を受けた方、或いは受ける予定のある方は対象外となり、受診できません。
※対象外の方が受診されますと、全額自己負担となる可能性があります。

会場コード(4桁)

受診日	年 月 日
受診者の方へ	
◆つぎの質問について記入してください。	
A 過去にC型肝炎ウイルス検査を受けたことがありますか。	① はい(昭和・平成・令和 年頃) ② いいえ
B 過去にB型肝炎ウイルス検査を受けたことがありますか。	① はい(昭和・平成・令和 年頃) ② いいえ
C 現在又は過去に、C型肝炎の治療を受けていますか。	① はい(昭和・平成・令和 年頃) ② いいえ
D 現在又は過去に、B型肝炎の治療を受けていますか。	① はい(昭和・平成・令和 年頃) ② いいえ
E 今までに輸血を受けたことがありますか。	① はい(昭和・平成・令和 年頃) ② いいえ
F 今までに人工透析を受けたことがありますか。	① はい ② いいえ
G 過去に、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。	① はい ② いいえ
H なにか心配なことがあれば記入してください。	()

〔判定結果〕

C型肝炎ウイルス検査	
(HCV抗体検査)	(HCV-RNA検査)
1. 陰 性 2. 低力価(弱陽性) 3. 中力価(中等度陽性) 4. 高力価(強陽性)	1. 陰 性 2. 陽 性 <small>※HCV抗体検査の結果が低力価(弱陽性)または中力価(中等度陽性)の方にのみ行う検査です。</small>

B型肝炎ウイルス検査 (HBs抗原検査)
1. 陰 性 2. 陽 性

1 精密検査不要

※肝炎ウイルスに感染している可能性は極めて低いと思われませんが、今回の検査日と検査結果の記録は保管しておくようにしましょう。

2 必ず精密検査を受けてください

※精密検査の助成制度(指定の医療機関のみ)があります。助成を希望する方は、本票と健康保険証を区役所保健福祉課へ持参してください。
 助成制度を希望しない場合は有料となりますので、健康保険証を持参して受診してください。

検診機関名・医師名・受診区(門・北・南・若・東・西・戸)

〔受診者の方へ〕次のことをご了承くださいませようお願いします。
 ・あなたの検診結果は、今後の皆様の健康づくりに活用するため、当医療機関から、実施主体である北九州市に報告させていただきます。
 また、精密検査が必要な方は、精密検査を受診した医療機関から、その結果について北九州市にも連絡することとなっております。
 ・この検診結果をもとに区役所の保健師などが、あなたにご連絡することがあります。

あなたの個人情報保護法に基づき保護されます。

北九州市

肝炎ウイルス検査申込（問診）票

受付日	年 月 日	結果通知日	年 月 日
受付番号		検査項目	<input type="checkbox"/> B + C型
住所	福岡市 区		
氏名		性別	男・女
生年月日	M・T・S・H 年 月 日生	年齢	歳
電話番号	自宅： - - 携帯： - -		
<p>検査を希望する理由の該当するものに☑をつけてください。</p> <p><input type="checkbox"/> ①輸血を受けたことがある。 輸血を受けた時期 年 月 輸血を受けた理由 <input type="checkbox"/> (1)手術 (2) <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> (3)その他（具体的に記入してください。） ()</p> <p><input type="checkbox"/> ②大きな手術を受けたことがある。</p> <p><input type="checkbox"/> ③非加熱血液凝固因子製剤や 1994(平成 6 年)以前にフィブリノゲン製剤の投与を受けたことがある。</p> <p><input type="checkbox"/> ④長期に血液透析を受けている。</p> <p><input type="checkbox"/> ⑤臓器移植を受けたことがある。</p> <p><input type="checkbox"/> ⑥入れ墨やボディピアスを施している。</p> <p><input type="checkbox"/> ⑦過去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。</p> <p><input type="checkbox"/> ⑧過去に肝炎ウイルス検査を受けたことがない。</p> <p><input type="checkbox"/> ⑨その他（具体的に記入してください。） ()</p>			
受検者署名欄	<p>肝炎ウイルス検査を希望します。 検査結果で陽性だった場合には、紹介された専門医療機関を2ヶ月以内に必ず受診します。また、検査の実施主体である福岡市に検査結果を報告すること、及び受診確認のため電話連絡等があることを承諾いたします。</p> <p style="text-align: right;">自 署： _____</p>		
検査結果	B型肝炎検査 (HBs 抗原検査) <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性		
	C型肝炎検査	検査項目	HCV 抗体検査 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 低力価 <input type="checkbox"/> 中力価 <input type="checkbox"/> 高力価
		判定	<input type="checkbox"/> 現在、感染している可能性が高い。 <input type="checkbox"/> 現在、感染している可能性が低い。
<p>医療機関名： 住所： 電話： 担当医： _____ 印</p>			

※翌月までの報告請求をお願いいたします。

肝炎ウイルス検査申込（問診）票

受付日	年 月 日	結果通知日	年 月 日
受付番号		検査項目	<input type="checkbox"/> B + C型
住所	福岡市 区		
氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	M・T・S・H 年 月 日生	年齢	歳
電話番号	自宅： — — 携帯： — —		
<p>検査を希望する理由の該当するものに☑をつけてください。</p> <p><input type="checkbox"/> ①輸血を受けたことがある。 輸血を受けた時期 年 月 輸血を受けた理由 <input type="checkbox"/> (1)手術 (2)<input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> (3)その他（具体的に記入してください。） ()</p> <p><input type="checkbox"/> ②大きな手術を受けたことがある。</p> <p><input type="checkbox"/> ③非加熱血液凝固因子製剤や 1994(平成 6 年)以前にフィブリノゲン製剤の投与を受けたことがある。</p> <p><input type="checkbox"/> ④長期に血液透析を受けている。</p> <p><input type="checkbox"/> ⑤臓器移植を受けたことがある。</p> <p><input type="checkbox"/> ⑥入れ墨やボディピアスを施している。</p> <p><input type="checkbox"/> ⑦過去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。</p> <p><input type="checkbox"/> ⑧過去に肝炎ウイルス検査を受けたことがない。</p> <p><input type="checkbox"/> ⑨その他（具体的に記入してください。） ()</p>			
受検者署名欄	<p>肝炎ウイルス検査を希望します。 検査結果で陽性だった場合には、紹介された専門医療機関を2ヶ月以内に必ず受診します。また、検査の実施主体である福岡市に検査結果を報告すること、及び受診確認のため電話連絡等があることを承諾いたします。</p> <p style="text-align: right;">自 署： _____</p>		
検査結果	B型肝炎検査 (HBs 抗原検査) <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性		
	C型肝炎検査	検査項目	HCV 抗体検査 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 低力価 <input type="checkbox"/> 中力価 <input type="checkbox"/> 高力価
		判定	HCV 核酸増幅検査 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性
<p><input type="checkbox"/> 現在、感染している可能性が高い。 <input type="checkbox"/> 現在、感染している可能性が低い。</p>			
<p>医療機関名： 住 所： 電 話： 担当医： _____ 印</p>			

肝炎ウイルス検査申込（問診）票

受付日	年 月 日	結果通知日	年 月 日
受付番号		検査項目	<input type="checkbox"/> B + C型
住所	福岡市 区		
氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	M・T・S・H 年 月 日生	年齢	歳
電話番号	自宅： - - 携帯： - -		
<p>検査を希望する理由の該当するものに☑をつけてください。</p> <p><input type="checkbox"/> ①輸血を受けたことがある。 輸血を受けた時期 年 月 輸血を受けた理由 <input type="checkbox"/> (1)手術 (2)<input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> (3)その他（具体的に記入してください。） ()</p> <p><input type="checkbox"/> ②大きな手術を受けたことがある。</p> <p><input type="checkbox"/> ③非加熱血液凝固因子製剤や 1994(平成 6 年)以前にフィブリノゲン製剤の投与を受けたことがある。</p> <p><input type="checkbox"/> ④長期に血液透析を受けている。</p> <p><input type="checkbox"/> ⑤臓器移植を受けたことがある。</p> <p><input type="checkbox"/> ⑥入れ墨やボディピアスを施している。</p> <p><input type="checkbox"/> ⑦過去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。</p> <p><input type="checkbox"/> ⑧過去に肝炎ウイルス検査を受けたことがない。</p> <p><input type="checkbox"/> ⑨その他（具体的に記入してください。） ()</p>			
受検者署名欄	<p>肝炎ウイルス検査を希望します。 検査結果で陽性だった場合には、紹介された専門医療機関を2ヶ月以内に必ず受診します。また、検査の実施主体である福岡市に検査結果を報告すること、及び受診確認のため電話連絡等があることを承諾いたします。</p> <p style="text-align: right;">自 署： _____</p>		
検査結果	B型肝炎検査 (HBs 抗原検査) <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性		
	C型肝炎検査	検査項目	HCV 抗体検査 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 低力価 <input type="checkbox"/> 中力価 <input type="checkbox"/> 高力価
		判定	HCV 核酸増幅検査 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性
<p><input type="checkbox"/> 現在、感染している可能性が高い。</p> <p><input type="checkbox"/> 現在、感染している可能性が低い。</p>			
<p>医療機関名： 住所： 電話： 担当医： _____ 印</p>			

※翌月までの報告請求をお願いいたします。

久留米市肝炎ウイルス検査申込票

① 久留米市用
(R5年3月改訂)

医療機関記入欄	受診者番号	医療機関番号						医療機関名		
		2	2							
		2	7							

※受診者の方は、下記の二重枠内を記入してください。

受診日	年 月 日			住 所	〒 - -			
フリガナ					久留米市			
氏名				男・女	(電話番号 - -)			
生年月日	M・T・S・H	年	月		日	(歳)	職業	有・無

《問診票》 あてはまるところに記入するか、○で囲んでください。

1. 肝臓病にかかったことや肝臓機能が悪いといわれたことがありますか。 はい(歳頃)・いいえ
2. 広範囲な外科的処置(大きな手術など)を受けたことがありますか。 はい(歳頃)・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
3. (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(歳頃)・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
4. これまでにB型肝炎ウイルス検査を受けたことがありますか。 はい(歳頃)・いいえ・わからない
5. 現在または過去にB型肝炎の治療を受けていますか。 はい(歳頃)・いいえ・わからない
6. これまでにC型肝炎ウイルス検査を受けたことがありますか。 はい(歳頃)・いいえ・わからない
7. 現在または過去にC型肝炎の治療を受けていますか。 はい(歳頃)・いいえ・わからない
8. 検査結果で「要精密」となった場合には、紹介された医療機関を受診してください。肝炎ウイルスに感染した場合、自覚症状がないまま、慢性肝炎、肝硬変、肝がんへと進行し重症化する可能性があります。また、下記の点についてご了承くださいませようお願いします。
受診された医療機関から市に報告される検査結果等に基づき、「保健所より受診確認のための電話連絡があること」を承諾します。
自 署： _____
9. 肝炎ウイルス検査の目的について理解した上で、肝炎ウイルス検査を希望しますか。
B型肝炎ウイルス検査及びC型肝炎ウイルス検査を 希望する ・ 希望しない

※医師記入欄 診断医名：

B型肝炎ウイルス検査(HBs抗原)		1. 陽 性	2. 陰 性
C型肝炎ウイルス検査	HCV抗体検査 抗体値 【 】	1. 高力価	2. 中力価・低力価
	核酸増幅検査	陽性 陰性	陽性 陰性
判定結果(判定理由に○)		①	②
		「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」と判定	③
			④
		「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い」と判定	
【陽性者への対応】		紹介先	
・初回精密検査費用助成制度について説明 済・未		自 院	
・保健所への申請案内 済・未			

※ C型肝炎ウイルス検査では、核酸増幅検査の実施の有無は必ず記載願います。記載がない場合は久留米市から医療機関へお問い合わせをします。ご了承ください。

肝炎ウイルス検査を希望する方へ

次の説明をよく読み、医師の説明をよく聞いたうえ、検査を受けてください。

— 目 的 —

この事業は、肝炎ウイルス陽性者を早期に発見し、相談やフォローアップにより陽性者を早期治療に繋げ**ウイルス性肝炎患者の重症化の予防を図るために実施しています。**

1 対象者（年齢制限はありません）

平成20年度以降に川崎市で実施した肝炎ウイルス検査を受けたことがない川崎市民の方

2 検査内容

B型肝炎ウイルス検査（HBs抗原検査）、C型肝炎ウイルス検査（HCV抗体検査等）

3 自己負担金

令和6年4月～令和7年3月中に検査を受けられる方で次の2項目にご了解いただいた方は**無料**です。

- ① 結果交付も無料ですが、他の診療が含まれる場合、それに関しては有料になります。
- ② 「検査の目的及び確認事項」に了解及び同意した上で、申込書記入欄に記載してください。検査の結果「肝炎ウイルスに感染している（感染している可能性が高い）」ことが判明した場合は、早期治療・重症化予防の目的で市役所担当者から精密検査や治療の受診状況をお伺いします。（下記、フォローアップ事業についてのご案内参照）

4 申し込み方法

2枚目の申込書・記録票の「検査の目的及び確認事項」をよくお読みになり、了解及び同意した上で、申込書記入欄に必要事項を記入してください。

肝炎ウイルス陽性者フォローアップ事業についてのご案内



（対象者）肝炎ウイルス検査で感染していることが判明した方

B型肝炎ウイルス検査で陽性、C型肝炎ウイルス検査で感染している可能性が高いと判定された方

（目的）肝炎ウイルスは、感染しても自覚症状がない場合が多く、本人の気が付かないうちに慢性肝炎から肝硬変や肝がんへ進行していくおそれがあり、できるだけ早く肝臓専門医療機関を受診し、継続して検査・治療を受けることが必要なため、相談やフォローアップを実施します。

（内容）調査票の送付や受検した医療機関や神奈川県等への確認等により、精密検査や治療の受診状況をお伺いし、必要に応じて、電話等により専門医療機関への受診等をお勧めします。精密検査や定期検査を神奈川県もしくは東京都が指定する肝臓専門医療機関で受けた際に費用が助成される場合があります。

※検査結果は、川崎市が個人情報の保護に関する法律等に基づき厳重に管理し、統計事業、保健指導、ウイルス性肝炎患者等の重症化予防推進事業等の調査研究に活用しますので御了承ください。

検査の目的及び確認事項									
<p>■この肝炎ウイルス検査は、川崎市が医療機関に委託し実施している事業です。</p> <p>■この申込書・記録票及び検査結果が川崎市に提供されること、検査の結果、「肝炎ウイルスに感染していること」が判明した場合は、フォローアップ事業により調査票の送付や受検した医療機関、神奈川県等への確認等により、精密検査や治療の受診状況をお伺いし、必要に応じて専門医療機関への受診を勧奨することについて御了承ください。</p> <p>■なお、検査の結果、「肝炎ウイルスに感染していること」が判明した場合には、肝臓専門医療機関で必ず精密検査を受けてください。</p> <p>検査の目的及び確認事項に了解及び同意した上で、検査を申し込みます。</p>									
申込書記入欄（自署）									
<input type="checkbox"/> がん検診・特定健診等との同時実施 <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス検査のみの単独実施		希望する検査			<input type="checkbox"/> B型+C型 <input type="checkbox"/> B型のみ <input type="checkbox"/> C型のみ				
		受検年月日			令和		年	月	日
氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		備考					
生年月日		明治・大正・昭和・平成・令和		年	月	日	(歳)		
住所		(*川崎市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) 川崎市 区							
電話番号		フォローアップ事業で電話する場合があります。 日中連絡が取れる連絡先があればそれを御記入ください。							
問診（当てはまるものにチェックしてください）									
1. 本事業でB型肝炎ウイルス検査を受けたことがありますか。 →「はい」の方はB型肝炎ウイルス検査は対象外です。				<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> わからない		<input type="checkbox"/> いいえ	
2. 本事業でC型肝炎ウイルス検査を受けたことがありますか。 →「はい」の方はC型肝炎ウイルス検査は対象外です。				<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> わからない		<input type="checkbox"/> いいえ	
3. 現在、肝機能異常や肝臓病で治療中ですか。 →「はい」の方は肝炎ウイルス検査は対象外です。				<input type="checkbox"/> はい				<input type="checkbox"/> いいえ	
検査結果（医師記入欄）（検査結果説明日 年 月 日）									
B型肝炎ウイルス検査		<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性							
C型肝炎ウイルス検査		判定（ <input type="checkbox"/> ①・ <input type="checkbox"/> ②）→感染している可能性が高い 判定（ <input type="checkbox"/> ③・ <input type="checkbox"/> ④）→感染している可能性が低い ※判定方法 ①HCV抗体高力価、②HCV抗体中力価・低力価かつHCV核酸増幅検査で陽性、 ③HCV抗体中力価・低力価かつHCV核酸増幅検査で陰性、④HCV抗体陰性							
対応状況 *陽性又は判定①、②の場合、医師が必ずいずれかにチェックをし、必要事項を御記入ください。									
<input type="checkbox"/> 肝臓専門医療機関に紹介した 紹介先医療機関名：_____									
<input type="checkbox"/> 当院での継続的な受診を勧めた（当院は肝臓専門医療機関である・当院は肝臓専門医療機関ではない）									
<input type="checkbox"/> その他の指導 _____									
実施医療機関名									
医療機関コード									
名称									
所在地									
電話番号									

--

検査の目的及び確認事項			
<p>■この肝炎ウイルス検査は、川崎市が医療機関に委託し実施している事業です。</p> <p>■この申込書・記録票及び検査結果が川崎市に提供されること、検査の結果、「肝炎ウイルスに感染していること」が判明した場合は、フォローアップ事業により調査票の送付や受検した医療機関、神奈川県等への確認等により、精密検査や治療の受診状況をお伺いし、必要に応じて専門医療機関への受診を勧奨することについて御了承ください。</p> <p>■なお、検査の結果、「肝炎ウイルスに感染していること」が判明した場合には、肝臓専門医療機関で必ず精密検査を受けてください。</p> <p>検査の目的及び確認事項に了解及び同意した上で、検査を申し込みます。</p>			
申込書記入欄（自署）			
<input type="checkbox"/> がん検診・特定健診等との同時実施		希望する検査	<input type="checkbox"/> B型+C型 <input type="checkbox"/> B型のみ <input type="checkbox"/> C型のみ
<input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス検査のみの単独実施		受検年月日	令和 年 月 日
フリガナ 氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	備考	
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)		
住所	(※川崎市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) 川崎市 区		
電話番号	フォローアップ事業で電話する場合があります。 日中連絡が取れる連絡先があればそれを御記入ください。		
問診（当てはまるものにチェックしてください）			
1. 本事業でB型肝炎ウイルス検査を受けたことがありますか。 →「はい」の方はB型肝炎ウイルス検査は対象外です。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> いいえ		
2. 本事業でC型肝炎ウイルス検査を受けたことがありますか。 →「はい」の方はC型肝炎ウイルス検査は対象外です。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> いいえ		
3. 現在、肝機能異常や肝臓病で治療中ですか。 →「はい」の方は肝炎ウイルス検査は対象外です。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
検査結果（医師記入欄）（検査結果説明日 年 月 日）			
B型肝炎ウイルス検査	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性		
C型肝炎ウイルス検査	判定（ <input type="checkbox"/> ①・ <input type="checkbox"/> ②）→感染している可能性が高い 判定（ <input type="checkbox"/> ③・ <input type="checkbox"/> ④）→感染している可能性が低い ※判定方法 ①HCV抗体高力価、②HCV抗体中力価・低力価かつHCV核酸増幅検査で陽性、 ③HCV抗体中力価・低力価かつHCV核酸増幅検査で陰性、④HCV抗体陰性		
対応状況 *陽性又は判定①、②の場合、医師が必ずいずれかにチェックをし、必要事項を御記入ください。			
<input type="checkbox"/> 肝臓専門医療機関に紹介した 紹介先医療機関名： _____			
<input type="checkbox"/> 当院での継続的な受診を勧めた（当院は肝臓専門医療機関である・当院は肝臓専門医療機関ではない）			
<input type="checkbox"/> その他の指導 _____			
実施医療機関名			
医療機関コード			
名称			
所在地			
電話番号			

検査の目的及び確認事項	
<p>■この肝炎ウイルス検査は、川崎市が医療機関に委託し実施している事業です。</p> <p>■この申込書・記録票及び検査結果が川崎市に提供されること、検査の結果、「肝炎ウイルスに感染していること」が判明した場合は、フォローアップ事業により調査票の送付や受検した医療機関、神奈川県等への確認等により、精密検査や治療の受診状況をお伺いし、必要に応じて専門医療機関への受診を勧奨することについて御了承ください。</p> <p>■なお、検査の結果、「肝炎ウイルスに感染していること」が判明した場合には、肝臓専門医療機関で必ず精密検査を受けてください。</p> <p>検査の目的及び確認事項に了解及び同意した上で、検査を申し込みます。</p>	
申込書記入欄	
<input type="checkbox"/> がん検診・特定健診等との同時実施 <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス検査のみの単独実施	希望する検査 <input type="checkbox"/> B型+C型 <input type="checkbox"/> B型のみ <input type="checkbox"/> C型のみ 受検年月日 令和 年 月 日
氏名 <input type="text"/> 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	備考 <input style="width: 100%;" type="text"/>
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)
住所	(※川崎市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) 川崎市 区 <input style="width: 100%;" type="text"/>
(B型肝炎ウイルス検査) HBs 抗原検査 陽性 → 医療機関の受診を強く勧めます。すでに肝臓専門医療機関を受診しましょう。 陰性 → 「現在、肝炎ウイルスに感染している可能性が低い」と判定	
(C型肝炎ウイルス検査) HCV 抗体検査 高力価 → 「現在、肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」と判定 中力価・低力価 → HCV核酸増幅検査 陽性 → 判定② 「現在、肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」と判定 陰性 → 判定③ 「現在、肝炎ウイルスに感染している可能性が低い」と判定 陰性 → 判定④	
検査結果 (医師記入欄) (検査結果説明日 年 月 日)	
B型肝炎ウイルス検査	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性
C型肝炎ウイルス検査	判定 (<input type="checkbox"/> ①・ <input type="checkbox"/> ②) → 感染している可能性が高い 判定 (<input type="checkbox"/> ③・ <input type="checkbox"/> ④) → 感染している可能性が低い ※判定方法 ①HCV抗体高力価、②HCV抗体中力価・低力価かつHCV核酸増幅検査で陽性、 ③HCV抗体中力価・低力価かつHCV核酸増幅検査で陰性、④HCV抗体陰性
対応状況 * 陽性又は判定①、②の場合、医師が必ずいずれかにチェックをし、必要事項を御記入ください。	
<input type="checkbox"/> 肝臓専門医療機関に紹介した 紹介先医療機関名: _____	
<input type="checkbox"/> 当院での継続的な受診を勧めた (当院は肝臓専門医療機関である・当院は肝臓専門医療機関ではない)	
<input type="checkbox"/> その他の指導 _____	
実施医療機関名	
医療機関コード	<input style="width: 100%;" type="text"/>
名称	<input style="width: 100%;" type="text"/>
所在地	<input style="width: 100%;" type="text"/>
電話番号	<input style="width: 100%;" type="text"/>

真事 籍病む又箇目の査検

肝炎ウイルス検査を受検された方へ

検査の結果、「肝炎ウイルスに感染していること」が判明した場合には、
肝臓専門医療機関で必ず精密検査を受けてください。

職人 届書 込申

肝炎ウイルス陽性者フォローアップ事業についてのご案内



(対象者) 肝炎ウイルス検査で感染していることが判明した方

B型肝炎ウイルス検査で陽性、C型肝炎ウイルス検査で感染している可能性が高いと判定された方

(目的) 肝炎ウイルスは、感染しても自覚症状がない場合が多く、本人の気が付かないうちに慢性肝炎から肝硬変や肝がんへ進行していくおそれがあり、できるだけ早く肝臓専門医療機関を受診し、継続して検査・治療を受けることが必要なため、相談やフォローアップを実施します。

(内容) 調査票の送付や受検した医療機関や神奈川県等への確認等により、精密検査や治療の受診状況をお伺いし、必要に応じて、電話等により専門医療機関への受診等をお勧めします。精密検査や定期検査を神奈川県もしくは東京都が指定する肝臓専門医療機関で受けた際に費用が助成される場合があります。



(目 録) 申 日即結果診査検 (職人 届書 込申) 票果診査検

検査機関
検査結果
結果通知
結果通知
結果通知

検査機関
検査結果
結果通知
結果通知
結果通知

検査機関
検査結果
結果通知
結果通知
結果通知

各機関連絡先

検査機関
検査結果
結果通知
結果通知
結果通知