

令和6年度肝炎ウイルス検査申込書(医療機関実施用)



(宛先)
埼玉県知事 大野 元裕 (埼玉県委託医療機関)

下記のとおり肝炎ウイルス(B型・C型)検査の受診を申し込みます。 年 月 日

ふりがな		性別	男 ・ 女
受診者氏名		生年月日	年 月 日 生 ()歳
ふりがな			
受診者住所	〒		
電話番号			

《検査を受けるにあたっての確認事項》 全項目を確認のうえチェックしてください。

埼玉県(さいたま市、川越市、川口市、越谷市を除く。)に在住である。
※埼玉県外の方、さいたま市、川越市、川口市及び越谷市在住の方は、この検査を申込みできません。

これまでに肝炎ウイルス検査を受けたことがない。(手術前検査、妊婦健診、献血等で受ける機会があります。)
※受けたことがある場合、前回の検査以降に感染の機会のある方、心配のある方を除き対象となりません。

市町村が行う肝炎ウイルス検診や職場での健康診断等で肝炎ウイルス検査を受ける機会がない。
※お住まいの市町村や職場での肝炎ウイルス検査を受ける機会がある場合は、この検査を申込みできません。

《検査理由》 当てはまる項目をチェックしてください。

<input type="checkbox"/> 昭和63年(1988年)1月27日以前に生まれた。	<input type="checkbox"/> 臓器移植を受けたことがある。
<input type="checkbox"/> 平成4年(1992年)以前に輸血を受けたことがある。	<input type="checkbox"/> 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。
<input type="checkbox"/> 平成6年(1994年)以前に非加熱凝固因子製剤やフィブリノゲン製剤を使用された可能性がある。	<input type="checkbox"/> その他感染したことについての不安がある。
<input type="checkbox"/> 長期にわたり血液透析を受けている。	<input type="checkbox"/> 医師が必要と認めた場合 医療機関記入欄: 検査が必要な理由を記入してください。
<input type="checkbox"/> 大きな手術を受けたことがある。	

《陽性者フォローアップ事業への同意》

判定結果が陽性の場合には、埼玉県の実施するフォローアップ事業への参加に同意しますか。

同意する 同意しない

※同意された場合は、埼玉県が指定した「埼玉県肝疾患診療連携拠点病院」から医療機関の受診状況等について連絡を差し上げることとなります。
※同意された方には、医療機関の受診状況等を確認させていただくほか、県が認めた初回精密検査費用の自己負担分が返還される制度をご利用いただけます。(医療保険に加入していること及び埼玉県が指定した医療機関での受診に限ります。)

※この検査の費用は、原則として埼玉県が全額負担しますので、検査を受けられる方の負担はありません。

(検査実施医療機関記入欄) 検査結果は必ず書面で伝えてください。

検査年月日	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	<input type="checkbox"/> 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い <input 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
「陽性」又は「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」と判定された者に対する指導	<input type="checkbox"/> 当院で指導する(県が指定した医療機関である) <input type="checkbox"/> 県が指定した医療機関を紹介した (紹介先:) <input type="checkbox"/> その他()
検査結果説明	<input type="checkbox"/> 結果説明 (来院 その他()) [年 月 日]

※埼玉県が指定した医療機関とは、埼玉県が実施する肝炎治療特別促進事業において診断書に記載ができる医師(日本肝臓学会肝臓専門医又は埼玉県肝炎医療研修会受講修了医師)が所属する医療機関です。

検査理由等について確認し、検査を実施しました。

(医療機関名)