

肝炎ウイルス検査申込書(医療機関実施用)

令和 年 月 日

(宛先)  
埼玉県知事 大野元裕  
(埼玉県委託医療機関)



埼玉県マスコット「コバトン」

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。

ふりがな		性別	男 ・ 女
受診者氏名		生年月日	大正 昭和 年 月 日生 平成 令和 ( )歳
ふりがな			
受診者住所	〒		
電話番号	*埼玉県外の方、さいたま市、川越市、越谷市及び川口市在住の方は、この検査を申込みできません。		

問診項目等	<p>■職場やお住まいの市町村で肝炎ウイルス検査を受ける機会がありますか。</p> <p><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p style="font-size: small; color: red;">※職場やお住まいの市町村での肝炎ウイルス検査の有無について確認をしてから記載をしてください。 なお、職場やお住まいの市町村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。</p> <p>■これまでに肝炎ウイルス検査を受けたことがありますか。</p> <p><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>わからない</p> <p style="font-size: small; color: red;">※「はい」の場合、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。</p> <p>■これまでに大きな手術を受けたことがありますか。</p> <p><input type="checkbox"/>はい ( 年頃) <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>■肝炎ウイルス検査の判定結果が陽性の場合には、フォローアップに同意しますか。(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になります。)</p> <p><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p style="font-size: small; color: red;">※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。)</p>
-------	---

※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) 判定結果 [検査年月日:令和 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 月 日 ) [令和 年 月 日] 済 ・ 予定

※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となります。

問診項目等について確認し、検査を実施しました。

(医療機関名)