

フォローアップ事業参加同意書

肝炎ウイルスに感染した場合、自覚症状がないまま病気が進行し、慢性肝炎、肝硬変、肝がんへと重症化する可能性があります。

そのため、すぐに治療の必要がない場合でも、定期的に医療機関を受診し、ご自身の状態を確認することが重要です。

埼玉県では、肝炎ウイルス陽性者の方に対するフォローアップ事業を行っています。

フォローアップ事業へご参加いただいた場合、年一回程度、医療機関の受診状況や治療内容を確認させていただきます。

また、必要に応じて電話等でご連絡差し上げる場合がございます。

本事業にご参加いただいた方のうち、肝炎ウイルスの感染を原因とする慢性肝炎、肝硬変及び肝がん患者で住民税非課税世帯又は市町村民税（所得割）課税年額が235,000円未満の世帯に属する方の場合には、定期検査費用の助成*もご利用いただくことができます。

なお、本事業で入手した個人情報につきましては、本事業の中でのみ使用し、その他の目的に用いることはありません。

*助成には一定の要件があります。詳しくは下記の「お問い合わせ先」までお問い合わせください。

上記を確認の上、フォローアップ事業の参加に同意します。

氏名（自署）： _____ 性別： 男 ・ 女 _____

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 電話番号： _____ - _____ - _____

住民票記載の住所： 〒 _____ - _____ _____

※本同意書は、検査費用の助成の申請の時に住まいの市町村を管轄する保健所にご提出ください

【同意書のお問い合わせ先】

〒〇〇〇-〇〇〇〇 埼玉県〇〇〇市〇〇 〇-〇-〇

埼玉県〇〇〇保健所（電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇）