

山形県肝炎ウイルス検査申込書

※検査を希望される方は、太枠内を記載して下さい。

受付番号	受 付 日	令和	年	月	日
	番 結 果 通 知 日	令和	年	月	日
検査項目	<input type="checkbox"/> B型肝炎+C型肝炎 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎				

～検査を受ける方はこちらを必ずお読み下さい～

この肝炎ウイルス検査は、B型肝炎及びC型肝炎ウイルス感染者・患者を早期発見し、適切な治療に結びつけるため、山形県内(山形市を除く。)に住所を有する方を対象に、山形県が医療機関に委託し実施している事業です。

そのため、県(保健所)では検査結果が陽性であった方に受診確認等を行うことがあります。

また、過去に検査を受けたことがある方については対象となりません。検査後に受検歴が明らかになった場合等は、本検査費用は個人負担となり、検査費用をお支払いいただくことがあります。

なお、医療保険各法その他の法令に基づく事業において検査を受検する機会のある方及び健康増進法に基づき市町村が実施する検査事業の対象となる方については、それぞれの事業で受検してください。

私は、上記について理解した上で、肝炎ウイルス検査(□B型 □C型)を申し込みます。

また、この申込書及び検査結果が山形県に提出されることに同意します。

署名(本人・保護者)

受 検 者	ふりがな				
	氏 名 :	_____		性別:	男 ・ 女
	生年月日 :	大・昭・平・令	年	月	日(_____ 歳)
	住 所 :	_____			
	電話番号 :	_____			

<過去に肝炎ウイルス検査を受けたことがありますか>

ない 分からない

ある (B型 ・ C型) _____年 _____月頃

<今回検査を受ける理由は何ですか>

過去に肝炎ウイルス検査を受けたことが「ない」または「わからない」ため。

輸血を受けたことがある(_____年 _____月 _____のため)。

健康診断で過去に肝機能異常を指摘されたことがある。

その他(具体的に記入して下さい) _____

—担当医署名欄—

受検者は山形県肝炎ウイルス検査医療機関委託事業において検査を受けたことが (ある ・ ない)

上記のとおり、肝炎ウイルス検査の受検歴等を確認したので、検査を実施する。

医療機関名: _____ 担当医: _____ 印 _____

—結 果— ※検査医療機関で記入して下さい。

B型肝炎ウイルス検査: 陰性

陽性

C型肝炎ウイルス検査: 「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い」

「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(_____)※別紙1の①～④を記入して下さい

⇒「陽性」または「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」の場合

【県が指定する専門医療機関の場合】当院での継続的な受診を勧めた。

他の医療機関(専門医療機関)に紹介した。 医療機関名: _____

その他の指導 ※具体的に記入して下さい。 (_____)

医療機関名: _____ 担当医: _____ 印 _____