

検査の目的及び確認事項

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。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」が判明した場合には**早期治療・重症化予防**の目的でフォローアップ事業への参加について同意された方へは、申込書記入欄に記載の住所や電話番号に、調査票の送付や電話等で受診確認などの連絡を行います。

検査の目的及び確認事項に了解した上で、太枠内の申込書記入欄を御記入ください。

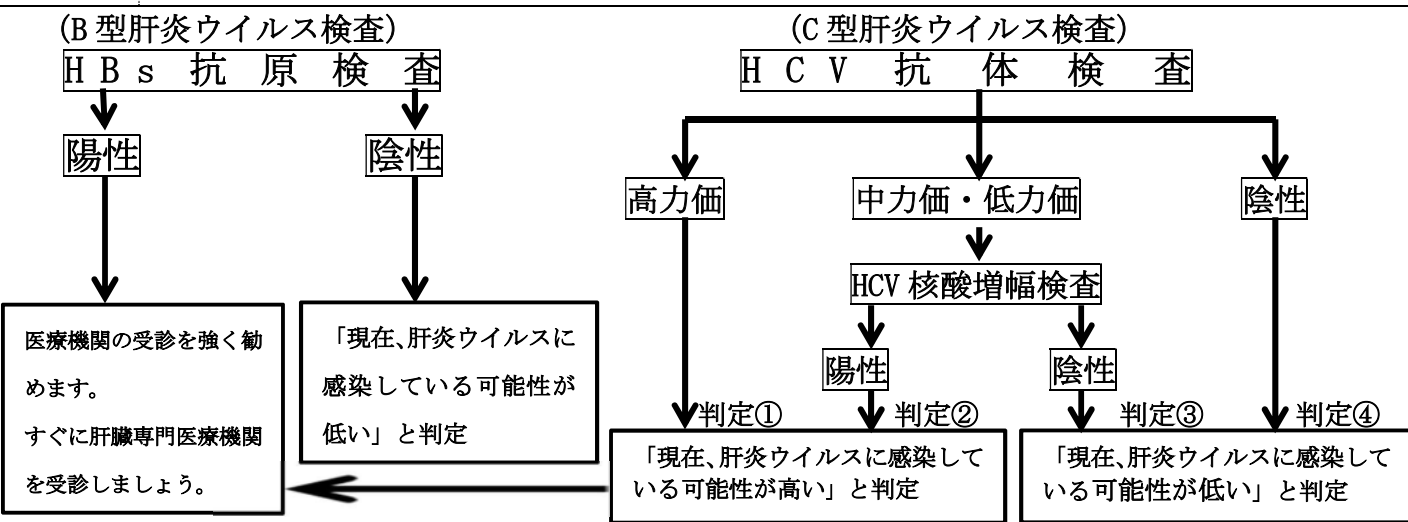
申込書記入欄

<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

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 区



陽性者フォローアップ事業への参加について *陽性だった方のみ、御本人が御記入ください

川崎市の実施するフォローアップ事業への参加に

同意します 同意しません 署名(本人) _____

検査結果 (医師記入欄)

B型肝炎ウイルス検査	<input checked="" 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

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。

肝臓専門医療機関に紹介した 紹介先医療機関名: _____
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)
その他の指導 _____

実施医療機関

医療機関コード	
名称	「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」の場合は、市役所担当者より「陽性者フォローアップ事業」に関する連絡(文書や電話連絡)があることをご了承ください。
所在地	
電話番号	