

青色の枠内のみ記入下さい。

さいたま市B型・C型肝炎ウイルス検診票

医療機関保管用

※複写式のため、強めにご記入下さい。

整理番号	受診年月日 西暦 年 月 日			受診番号
住所	さいたま市 区			
フリガナ	(姓)	(名)	性別	
氏名				男 ・ 女
生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)	電話	-	-

I. 問診

1) 肝臓病にかかったことや肝機能が悪いと言われたことがありますか。 1. はい ( 年頃) 2. いいえ
2) 広範な外科的処置 (大きな手術など) を受けたことがありますか。 1. はい ( 年頃) 2. いいえ 「はい」と答えた方にうかがいます。定期的に肝機能検査を受けていますか。 1. はい 2. いいえ
3) (女性のみ) 妊娠・分娩時に多量に出血したことがありますか。 1. はい ( 年頃) 2. いいえ 「はい」と答えた方にうかがいます。定期的に肝機能検査を受けていますか。 1. はい 2. いいえ
4) これまで、市のB型肝炎ウイルス検査を受けたことがありますか。 1. はい ( 年頃) 2. いいえ 3. わからない
5) 現在、B型肝炎の治療を受けていますか。 1. はい ( 年前から) 2. いいえ 3. わからない
6) 過去に、B型肝炎の治療を受けたことがありますか。 1. はい ( 年頃) 2. いいえ 3. わからない
7) これまで、市のC型肝炎ウイルス検査を受けたことがありますか。 1. はい ( 年頃) 2. いいえ 3. わからない
8) 現在、C型肝炎の治療を受けていますか。 1. はい ( 年前から) 2. いいえ 3. わからない
9) 過去に、C型肝炎の治療を受けたことがありますか。 1. はい ( 年頃) 2. いいえ 3. わからない
10-1) 肝炎ウイルス検診の目的等について理解した上で、肝炎ウイルス検査を希望しますか。----- 1. 希望する 2. 希望しない
10-2) 「HBs抗原陽性」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」と判断された場合、フォローアップに同意しますか。 (フォローアップでは、精密検査を受診したかどうかのアンケート等を、後日お送りします) 1. 同意する 2. 同意しない
氏名 (自署して下さい)

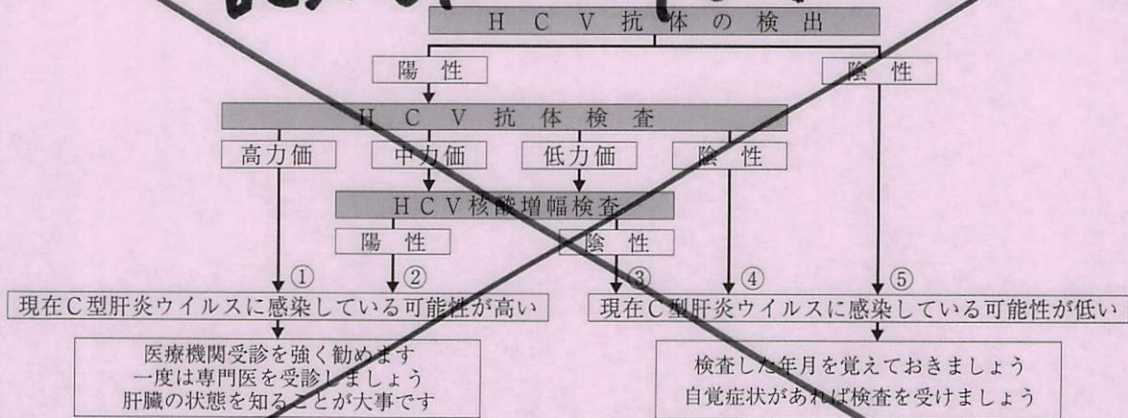
II. B型肝炎ウイルス検査判定結果 ※該当する判定結果にレを記入して下さい。

1) 「HBs抗原 陽性」と判定されました。→  2) 「HBs抗原 陰性」と判定されました。→

III. C型肝炎ウイルス検査判定結果 ※該当する判定結果にレを記入して下さい。

1) 「現在C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」と判定されました。  ①  ②

2) 「現在C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い」と判定されました。  ③  ④  ⑤



<注意事項> HBs抗原検査が陰性となった場合にも、身体のだるさ等の症状や肝機能異常を指摘された場合などには、必ず医師に相談して下さい。  
また、日常生活の場では、C型肝炎ウイルス (HCV) に感染することはほとんどないことがわかっています。したがって、毎年くり返してC型肝炎ウイルス検査を受けなくても、現在のところ、上図に示す手順を踏んだ検査を1回受ければよいとされています。  
なお、「現在C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い」と判定された場合でも、C型肝炎ウイルス (HCV) 以外の原因による肝炎になる可能性があること、検査後新たにC型肝炎ウイルス (HCV) に感染する場合 (きわめてまれとされています。) があること、検査による判定には限界があることなどもありますので、身体のだるさや食欲がない等の症状や肝機能異常を指摘された場合などには、必ず医師に相談して下さい。

検診実施医療機関	ねもと内科	医療機関コード	1269 -
----------	-------	---------	--------