（地Ⅲ14）
平成２６年４月９日

都道府県医師会
感染症危機管理担当理事　殿

日本医師会感染症危機管理対策室長
小　森　　貴

「健康増進事業に基づく肝炎ウイルス検診等の実施について」の一部改正について

標記の件につきまして、厚生労働省より各都道府県知事等宛通知がなされ、本会に対しても協力方依頼がありました。

本件は、「健康増進事業に基づく肝炎ウイルス検診等の実施について」の「肝炎ウイルス検診等実施要領」の一部を改正するものであります。

本改正の概要は、HBs 抗原検査の陽性者および C 型肝炎ウイルス検査で感染している可能性が高いと判定された者に対して、必要により本人の同意を得たうえで医療機関の受診状況や診療状況の確認、未受診者に対する受診勧奨等のフォローアップの実施等であります。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知のうえ、貴会管下郡市区医師会、関係医療機関等に対する周知方ご高配のほどよろしくお願い申し上げます。

健発０３３１第４０号
平成２６年3月３１日

公益社団法人日本医師会会長　殿

厚生労働省健康局長

「健康増進事業に基づく肝炎ウイルス検診等の実施について」の一部改正について

標記については、平成２０年3月３１日健発第０３３１００９号本職通知「健康増進事業に基づく肝炎ウイルス検診等の実施について」の別紙「肝炎ウイルス検診等実施要領」により実施しているところでありますが、今般、その一部を改正し、別添のとおり各都道府県知事、保健所設置市市長及び特別区区長宛て発出いたしましたので、当該事業の円滑な実施にあたり、特段のご協力とご高配をお願いいたします。

健発０３３１第３９号
平成26年3月31日

各 { 都道府県知事 / 保健所設置市市長 / 特別区区長 } 殿

厚生労働省健康局長
（公　印　省　略）

「健康増進事業に基づく肝炎ウイルス検診等の実施について」の一部改正について

標記事業については、平成２０年３月３１日健発第０３３１００９号本職通知「健康増進事業に基づく肝炎ウイルス検診等の実施について」の別紙「肝炎ウイルス検診等実施要領」に基づき行われているところであるが、今般、その一部を別紙新旧対照表のとおり改正し、平成２６年４月１日から適用することとしたので通知する。

なお、本事業の実施に当たっては、事業が円滑に実施されるよう貴管内における関係機関等への周知について特段の御配慮をお願いする。

肝炎ウイルス検診等実施要領新旧対照表

改正後	現行
（別　添） 肝炎ウイルス検診等実施要領 1～2　（略） 3　実施に当たっての基本的事項 （1）　（略） （2）　（略） （3）　肝炎ウイルス検診及び陽性者のフォローアップは、実施体制、精度管理の状況等から判断して適当と認められる実施機関に委託することができる。 （4）　（略） （5）　（略） （6）　（略） 4～5　（略） 6　指導区分 HBs抗原検査において「陽性」と判定された者及びC型肝炎ウイルス検査において「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」と判定された者については、医療機関への受診を勧奨する。 なお、医師が必要と判断した者については、必要な指導あるいは医療機関への受診勧奨の他、必要により本人の同意を得た上で下記9に示すフォローアップを行う。 HBs抗原検査において「陰性」と判定された者及びC型肝炎ウイルス検査において「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い」と判定された者については、検査結果と検査日を記録しておくことを勧奨する。 7～8　（略）	（別　添） 肝炎ウイルス検診等実施要領 1～2　（略） 3　実施に当たっての基本的事項 （1）　（略） （2）　（略） （3）　肝炎ウイルス検診は、実施体制、精度管理の状況等から判断して適当と認められる実施機関に委託することができる。 （4）　（略） （5）　（略） （6）　（略） 4～5　（略） 6　指導区分 HBs抗原検査において「陽性」と判定された者及びC型肝炎ウイルス検査において「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」と判定された者については、医療機関への受診を勧奨する。 なお、医師が必要と判断した者については、必要な指導あるいは医療機関への受診勧奨を行う。 HBs抗原検査において「陰性」と判定された者及びC型肝炎ウイルス検査において「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い」と判定された者については、検査結果と検査日を記録しておくことを勧奨する。 7～8　（略）

改正後	現行
9　陽性者のフォローアップ 　HBs抗原検査において「陽性」と判定された者及びC型肝炎ウイルス検査において「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（以下「陽性者」という。）に対し、必要により別紙5の例による同意書等により本人の同意を得た上で、別紙6の例による調査票を年1回送付する等により医療機関の受診状況や診療状況を確認し、未受診の場合には、必要に応じて電話等により受診を勧奨する。 　フォローアップの実施に当たっては、個人情報の取扱いに留意のうえ、適宜都道府県等と連携を図ることとし、都道府県等からの情報提供により把握した本事業以外の陽性者についても、フォローアップの対象とすることができる。 　また、フォローアップの対象者を都道府県等へ情報提供することにより、都道府県等の事業におけるフォローアップの対象とすることができる。	（新規）
10　その他の留意事項 （1）検診、健康相談及び健康教育の実施に当たっては、分かりやすいパンフレットやQ＆Aを活用するなど、住民に対して、十分な基礎知識の普及啓発を行うこと。 （2）　判定結果の通知及びフォローアップに際しては、個人のプライバシーの保護に十分な注意を払うこと。 （3）　事後の保健指導や医療機関への受診勧奨、フォローアップなどについては、地域の医療機関や都道府県などと十分な連携を図って行うこと。 　なお、その他健康増進事業に係る共通的事項及び必要事項については、「健康増進法第17条第1項及び第19条の2に基づく市町村が行う健康増進事業について」（平成20年3月31日健発第0331026号）によるものとする。	9　その他の留意事項 （1）検診、健康相談及び健康教育の実施に当たっては、分かりやすいパンフレットやQ＆Aを活用するなど、住民に対して、十分な基礎知識の普及啓発を行うこと。 （2）　判定結果の通知に際しては、個人のプライバシーの保護に十分な注意を払うこと。 （3）　事後の保健指導や医療機関への受診勧奨などについては、地域の医療機関などと十分な連携を図って行うこと。 　なお、その他健康増進事業に係る共通的事項及び必要事項については、「健康増進法第17条第1項及び第19条の2に基づく市町村が行う健康増進事業について」（平成20年3月31日健発第0331026号）によるものとする。

改正後	現行
（別紙１～４）　（略） （別紙５） （別　紙　5） 肝炎ウイルス陽性者フォローアップ事業参加同意書 肝炎に感染した場合、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。 ○○（都道府県・市区町村）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1回調査票をお送りして、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を差し上げる場合があります。 本事業にご参加いただいた方には、随時必要な相談支援を行うほか、肝疾患治療の最新情報や相談会・講習会等のご案内を差し上げます。 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。 下記のいずれかにチェックをつけて、必要事項をご記入の上、ご提出ください。 □ フォローアップに同意する □ フォローアップに同意しない 氏名（自署）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　性別：　男　・　女 生年月日：　　年　　月　　日　電話番号：　　－　　－ 住　所：〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 【同意書の提出先及びお問い合わせ先】 〒○○○－○○○○　○○県○○市○○町○－○－○ ○○（都道府県・市区町村）○○部○○課（TEL　○○－○○－○○○○）	（別紙１～４）　（略） （新規）

改正後	現行
（別紙6）	（新規）

（別 紙 6）

医療機関の受診状況等に関する調査票

本調査は、○○（都道府県・市区町村）肝炎ウイルス陽性者フォローアップ事業に参加いただいた方を対象に、医療機関の受診状況や治療内容を確認し、必要な相談支援を行うことを目的に年1回実施しております。
調査のご回答を受けて、当方からお問い合わせをさせていただく場合があります。
なお、個人情報及び回答内容につきましては、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。
ご協力のほどよろしくお願いいたします。

【本調査に関するお問い合わせ先】
○○（都道府県・市区町村）○○部○○課（TEL ○○－○○－○○○○）
【肝炎に関するご相談窓口】
○○病院肝疾患相談センター（TEL ○○－○○－○○○○）

問1 過去1年以内に肝臓の病気に関して医療機関を受診しましたか。
□ はい（直近の受診日：平成 年 月ころ 医療機関名： ）
□ いいえ（受診をしていない理由： ）

問2 （問1で「はい」と回答した場合）差し支えなければ、説明を受けた病状を教えて下さい。
□ 無症候性キャリア（B型肝炎ウイルス・C型肝炎ウイルス）
□ 慢性肝炎（B型肝炎ウイルスによる・C型肝炎ウイルスによる）
□ 肝硬変（B型肝炎ウイルスによる・C型肝炎ウイルスによる）
□ 肝がん（B型肝炎ウイルスによる・C型肝炎ウイルスによる）
□ その他（ ）

問3 （問1で「はい」と回答した場合）現在の治療状況と今後の予定を教えて下さい。
□ 肝臓病の治療を現在受けている。または今後受ける予定である。
↳ 差し支えなければ、治療内容を教えて下さい。
□ インターフェロン治療
□ 核酸アナログ製剤治療
□ その他（ ）
□ 肝臓病の治療は受けていない。または今のところ治療の予定はない。
↳ 今後の予定をご回答ください。
□ 経過観察（次回の受診目安： ころ）
□ その他（ ）

問4 その他、ご意見やご質問などありましたら、ご記載ください。

お名前（またはID）： 記載年月日：平成 年 月 日

（別　添）

肝炎ウイルス検診等実施要領

1　目　的

肝炎対策の一環として、肝炎ウイルスに関する正しい知識を普及させるとともに、肝炎ウイルス検診の受診促進を図り、もって住民が自身の肝炎ウイルス感染の状況を認識し、必要に応じて保健指導等を受け、医療機関で受診することにより、肝炎による健康障害の回避、症状の軽減、又は進行の遅延を図ることを目的とする。

2　肝炎ウイルス検診の対象者

（1）　当該市町村の区域内に居住地を有し、当該年度において満40歳となる者（ただし、医療保険各法その他の法令等に基づく保健事業等のサービスを受ける際に、合わせて当該肝炎ウイルス検診に相当する検診を受けた者又は受けることを予定している者は除くものとするが、結果的に受けられなかった者については、この限りではない。）。

（2）　当該市町村の区域内に居住地を有し、当該年度において満41歳以上となる者であって、過去に当該肝炎ウイルス検診に相当する検診を受けたことがなく、かつ本検診の受診を希望する者。

なお、当該年度の高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）に基づく特定健康診査及びその他の法令に基づき行われる特定健康診査に相当する健康診断（以下「特定健診等」という。）において肝機能検査の数値に異常がみられた者であり、かつ本検診の受診を希望する者については、過去に当該肝炎ウイルス検診に相当する検診を受けた者であっても受診することができるが、原則として速やかに医療機関での受診を勧奨するものとする。

3　実施に当たっての基本的事項

（1）　肝炎ウイルス検診の実施方法、実施時期、実施場所等の実施計画を作成する。実施計画の作成に当たっては、地域の医師会等の理解と協力を得るとともに、医療機関、検診団体、検査機関等と十分に調整を図る。

（2）　肝炎ウイルス検診の実施方法、実施時期、実施場所については、特定健診等を行う保険者との調整・協議を行うなど、地域の実情を十分に考慮し、受診しやすい方法、時期、場所を選定する。

（3）　肝炎ウイルス検診及び陽性者のフォローアップは、実施体制、精度管理の状況等から判断して適当と認められる実施機関に委託することができる。

（4）　肝炎ウイルス検診の実施に当たっては、広報等により、その意義や実施の日時、場所、方法等に加え、特定健診等の対象者であっても、本検診の対象者となりうることをあらかじめ十分に地域住民に対し周知徹底する。

（5）当該年度において、原則として40歳以上で5歳刻みの年齢に達する者については、肝炎ウイルス検診の更なる受診促進を図るため、地域における受診状況等を踏まえ、個別に通知等（別紙1参照）を配布することにより、必要に応じて

受診の勧奨を行うこととする。

なお、当該個別勧奨を受けた者が検査を受診した場合の検査費用については、検査受診者からは徴収しないことができるものとする。

(6) その他、肝炎ウイルスに関する正しい知識の普及や個人のプライバシーの保護、医療機関との連携など、肝炎ウイルス検診を円滑に行うことができるよう体制の整備に努める。

4 肝炎ウイルス検診の実施

肝炎ウイルス検診の項目は、問診、B型肝炎ウイルス検査及びC型肝炎ウイルス検査とする。

(1) 問 診(別紙2参照)

問診においては、過去に肝機能異常を指摘されたことがあるか否か、現在B型及びC型肝炎の治療を受けているか否かなどについて、聴取すること。また、その際に、肝炎ウイルス検診についての説明を行い、肝炎ウイルス検診の実施についての受診者本人の同意を必ず得ること。

(2) B型肝炎ウイルス検査

・ HBs抗原検査

凝集法等による定性的な判断のできる検査方法を用いること。なお、特定健診等と同時に採血する場合は、一般生化学検査と同じ採血管を使用しても差し支えないこと。

(3) C型肝炎ウイルス検査

ア HCV抗体検査

HCV抗体検査として体外診断用医薬品の承認を受けた測定範囲が広く、高力価群、中力価群、低力価群に適切に分類することが出来るHCV抗体測定系を用いること。なお、特定健診等と同時に採血する場合は、一般生化学検査と同じ採血管を使用しても差し支えないこと。

イ HCV核酸増幅検査

HCV抗体検査により、中力価及び低力価と分類された検体に対して行うこと。なお、この場合、他の採血管とは別に核酸増幅検査用の採血管を使用すること。

ウ HCV抗体の検出

HCV抗体の検出として体外診断用医薬品の承認を受けた定性的な判断のできる検査方法を用いること。なお、特定健診等と同時に採血する場合は、一般生化学検査と同じ採血管を使用しても差し支えないこと。本検査は省略することができる。

5 肝炎ウイルス検診の結果の判定(別紙3参照)

(1) B型肝炎ウイルス検査

・ HBs抗原検査

凝集法等を用いて、HBs抗原の検出を行い、陽性又は陰性の別を判定。

ただし、HBs抗原検査は、B型肝炎ウイルスの感染の有無を直接判定するこ

とが難しい場合があることに留意すること。

(2) C型肝炎ウイルス検査

ア HCV抗体検査

(ア) HCV抗体高力価

検査結果が高力価を示す場合は、「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。

(イ) HCV抗体中力価及び低力価

検査結果が中力価及び低力価を示す場合は、HCV核酸増幅検査を行うこと。

(ウ) 陰 性

各検査法でスクリーニングレベル以下を示す場合は、「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。

イ HCV核酸増幅検査

HCV抗体検査により、中力価及び低力価とされた検体に対して、核酸増幅検査を行い、HCV－RNAの検出を行い、検出された場合は「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、検出されない場合は「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。

ウ HCV抗体の検出

HCV抗体の検出として体外診断用医薬品の承認を受けた定性的な判断のできる検査方法を用いて、HCV抗体の検出を行い、陽性又は陰性の別を判定。陽性を示す場合は、HCV抗体検査を必ず行うこと。陰性を示す場合は、「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。

なお、いずれの検査についても、その結果の判定に当たっては、検診に携わる医師が行うものであること。

6 指導区分

HBs抗原検査において「陽性」と判定された者及びC型肝炎ウイルス検査において「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」と判定された者については、医療機関への受診を勧奨する。

なお、医師が必要と判断した者については、必要な指導あるいは医療機関への受診勧奨の他、必要により本人の同意を得た上で下記9に示すフォローアップを行う。

HBs抗原検査において「陰性」と判定された者及びC型肝炎ウイルス検査において「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い」と判定された者については、検査結果と検査日を記録しておくことを勧奨する。

7 結果の通知

検診の結果については、別紙3を参考として指導区分を付し、受診者に速やかに通知する。

8　記録の整備（別紙4参照）

検診の記録は、氏名、年齢、住所、検診の結果の判定等について行う。

また、必要に応じ、事後の指導その他の必要な事項についても記録する。

9　陽性者のフォローアップ

HBs抗原検査において「陽性」と判定された者及びC型肝炎ウイルス検査において「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（以下「陽性者」という。）に対し、必要により別紙5の例による同意書等により本人の同意を得た上で、別紙6の例による調査票を年1回送付する等により医療機関の受診状況や診療状況を確認し、未受診の場合には、必要に応じて電話等により受診を勧奨する。

フォローアップの実施に当たっては、個人情報の取扱いに留意のうえ、適宜都道府県等と連携を図ることとし、都道府県等からの情報提供により把握した本事業以外の陽性者についても、フォローアップの対象とすることができる。

また、フォローアップの対象者を都道府県等へ情報提供することにより、都道府県等の事業におけるフォローアップの対象とすることができる。

10　その他の留意事項

（1）　検診、健康相談及び健康教育の実施に当たっては、分かりやすいパンフレットやQ&Aを活用するなど、住民に対して、十分な基礎知識の普及啓発を行うこと。

（2）　判定結果の通知及びフォローアップに際しては、個人のプライバシーの保護に十分な注意を払うこと。

（3）　事後の保健指導や医療機関への受診勧奨、フォローアップなどについては、地域の医療機関や都道府県などと十分な連携を図って行うこと。

なお、その他健康増進事業に係る共通的事項及び必要事項については、「健康増進法第17条第1項及び第19条の2に基づく市町村が行う健康増進事業について」（平成20年3月31日健発第0331026号）によるものとする。

（別紙1　通知例）

肝炎ウイルス検診　受診のご案内

〔このご案内は、今年度において、40歳以上で5歳刻みの年齢に達する方に対してお送りしております。〕

○○市町村では、肝炎ウイルスの感染が判明した方が必要に応じて保健指導等を受け、医療機関を受診することにより、肝炎による健康障害の回避、症状の軽減、又は進行の遅延を図ることを目的として、健康増進事業に基づき肝炎ウイルス検診を実施しております。

これまで肝炎ウイルス検診を受診されたことがない方は、この機会に、受診いただくことをお勧めします。

●検査内容　：

●実施場所　：

●日程　　：

●費用　　：

●受診方法　：

〔注意事項〕

○本検診は、他の機会に肝炎ウイルス検診を受ける予定がない方及び過去に肝炎ウイルス検診を受けたことがない方が対象となります。ただし、特定健診等において肝機能検査の数値に異常が見られた方は、希望により検査を受けていただくことができますが、速やかに医療機関にかかることをお勧めいたします。

○受診の際は、この通知を必ず窓口に提出してください。

○この通知に記載してある有効期限内に受診してください。

	年　月　日交付
整理番号	
ふりがな 受診者氏名	（男・女）
生年月日	年　月　日生　（　歳）
検診期日	
検診実施機関	
有効期限	年　月　日

問い合わせ先

○○市町村○○部○○課○○係　（TEL　○○－○○－○○○○）

（別 紙 2）

問 診 項 目 例

○医療保険各法その他の法令等に基づく保健事業等のサービスを受ける際に、合わせて肝炎ウイルス検診に相当する検診を受けることを予定していますか。

は い　　いいえ

○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。

は い（　　年頃）　　いいえ

○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。

は い（　　年頃）　　いいえ

「はい」と答えた方に伺います。

定期的に肝機能検査を受けていますか。　　はい　　いいえ

○（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。

は い（　　年頃）　　いいえ

「はい」と答えた方に伺います。

定期的に肝機能検査を受けていますか。　　はい　　いいえ

○これまで、B型肝炎ウイルス検査を受けたことがありますか。

は い（　　年頃）　　いいえ　　分からない

○現在又は過去に、B型肝炎の治療を受けていますか。

は い（　　年頃）　　いいえ　　分からない

○これまで、C型肝炎ウイルス検査を受けたことがありますか。

は い（　　年頃）　　いいえ　　分からない

○現在又は過去に、C型肝炎の治療を受けていますか。

は い（　　年頃）　　いいえ　　分からない

○肝炎ウイルス検診の目的等について理解した上で、肝炎ウイルス検診を希望しますか。

・HBs抗原検査について

希望する　　希望しない

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（自署してください）

・C型肝炎ウイルス検査について

希望する　　希望しない

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（自署してください）

(別 紙 3)

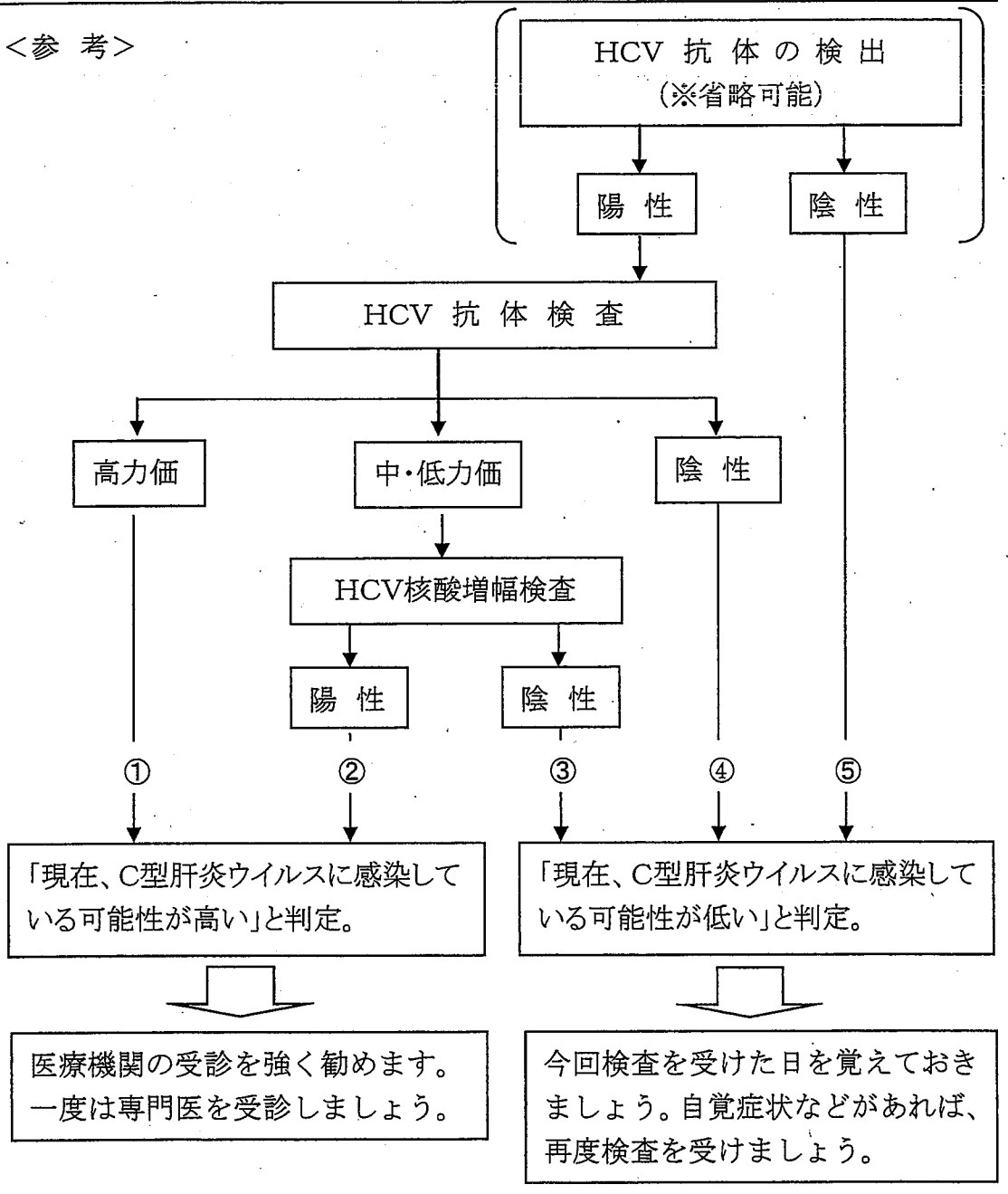
判定結果(HBs抗原検査)

陽　性	陰　性
医療機関の受診を強く勧めます。 一度は専門医を受診しましょう。	今回検査を受けた日を覚えておきましょう。自覚症状などがあれば、再度検査を受けましょう。

判定結果(C型肝炎ウイルス検査)

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。
   判定理由　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。
   判定理由　③　④　⑤

<参 考>



＜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ください。

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、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ください。

(別 紙 4)

受診年月日		年　月　日
HBs抗原検査		陽　性
		陰　性
C型肝炎ウイルス検査	判定結果	1. 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い
		2. 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い
	判定理由	(①～⑤のいずれかを記入)
実 施 機 関 名		

（別 紙 5）

肝炎ウイルス陽性者フォローアップ事業参加同意書

肝炎に感染した場合、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。

○○（都道府県・市区町村）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1回調査票をお送りして、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を差し上げる場合があります。

本事業にご参加いただいた方には、随時必要な相談支援を行うほか、肝疾患治療の最新情報や相談会・講習会等のご案内を差し上げます。

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。

下記のいずれかにチェックをつけて、必要事項をご記入の上、ご提出ください。

□ フォローアップに同意する

□ フォローアップに同意しない

氏名（自署）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 性別：　男　・　女

生年月日：　　年　　月　　日 電話番号：　　－　　－

住　所：〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【同意書の提出先及びお問い合わせ先】

〒○○○－○○○○ ○○県○○市○○町○－○－○

○○（都道府県・市区町村）○○部○○課（TEL ○○－○○－○○○○）

（別 紙 6）

医療機関の受診状況等に関する調査票

本調査は、○○（都道府県・市区町村）肝炎ウイルス陽性者フォローアップ事業に参加いただいた方を対象に、医療機関の受診状況や治療内容を確認し、必要な相談支援を行うことを目的に年1回実施しております。

調査のご回答を受けて、当方からお問い合わせをさせていただく場合があります。

なお、個人情報及び回答内容につきましては、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。

ご協力のほどよろしくお願いいたします。

【本調査に関するお問い合わせ先】
○○（都道府県・市区町村）○○部○○課（TEL ○○－○○－○○○○）
【肝炎に関するご相談窓口】
○○病院肝疾患相談センター（TEL ○○－○○－○○○○）

問1 過去1年以内に肝臓の病気に関して医療機関を受診しましたか。

□ はい（直近の受診日：平成 年 月ころ 医療機関名： ）
□ いいえ（受診をしていない理由： ）

問2 （問1で「はい」と回答した場合）差し支えなければ、説明を受けた病状を教えて下さい。

□ 無症候性キャリア（B 型肝炎ウイルス・C 型肝炎ウイルス）
□ 慢性肝炎（B 型肝炎ウイルスによる・C 型肝炎ウイルスによる）
□ 肝硬変（B 型肝炎ウイルスによる・C 型肝炎ウイルスによる）
□ 肝がん（B 型肝炎ウイルスによる・C 型肝炎ウイルスによる）
□ その他（ ）

問3 （問1で「はい」と回答した場合）現在の治療状況と今後の予定を教えて下さい。

□ 肝臓病の治療を現在受けている。または今後受ける予定である。
↳ 差し支えなければ、治療内容を教えて下さい。
□ インターフェロン治療
□ 核酸アナログ製剤治療
□ その他（ ）

□ 肝臓病の治療は受けていない。または今のところ治療の予定はない。
↳ 今後の予定をご回答ください。
□ 経過観察（次回の受診目安： ころ）
□ その他（ ）

問4 その他、ご意見やご質問などありましたら、ご記載ください。

お名前（またはID）： 記載年月日：平成 年 月 日