

## 三重県肝炎ウイルス医療機関検査 申込書兼問診票

私は、肝炎ウイルス検査の目的等を理解した上で、肝炎ウイルス検査の受検を希望するため、下記のとおり検査を申し込みます。

申込日	年 月 日		
申込者	フリガナ		性別
	氏 名		
	生年月日	年 月 日生 ( 歳)	
	住 所		
	電話番号		

※住民票が四日市市にある方は、四日市市事業の対象となりますので、四日市市健康づくり課(059-354-8282)にお問い合わせください。

No.	問診項目	あてはまる欄に○をつけてください。		
1	三重県に居住されていますか。	はい	いいえ	
2	市町や職場で実施される肝炎ウイルス検査の受診機会がありますか。	はい	いいえ	わからない
3	これまでに、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	わからない
4	これまでに、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	わからない
5	検査受診理由(感染リスク要因) ※裏面参照・複数回答可	①( )	②( )	③( )
		④( )	⑤( )	⑥( )
		その他 ( )		
6	下記の確認事項をお読みいただき、本検査の実施に同意しますか。	同意する		同意しない

### 【確認事項】

○ 検査を希望される方は、こちらを必ずお読みください。

1. この肝炎ウイルス検査は、三重県が医療機関に委託して実施している事業です。
2. この申込書兼問診票は、検査実施後、医療機関から三重県に提出されます。
3. 三重県では、検査結果の分析や医療機関の受診状況の確認など、肝炎対策に必要な調査等を、あなたに対して行うことがあります。(例: 郵送による調査等)

※ これらのことを理解のうえ、上記の取扱いについて同意する場合は、問診項目6の「同意する」に○を付け、以下の欄に署名をしてください。

※確認事項に同意いただける場合は、以下の欄に署名をしてください。

年 月 日

署名(保護者)

---

### 検査受診理由(感染リスク要因)一覧

- ① 過去に肝炎ウイルス検査を受診したことが、「ない」又は「不明である」から。
- ② 輸血や大きな手術を受けたことがある。
- ③ 長期に血液透析を受けている(受けていた。)
- ④ 非加熱血液凝固因子製剤又はフィブリノゲン製剤の投与を受けたことがある。
- ⑤ 臓器移植を受けたことがある。
- ⑥ 過去に健康診断等で肝機能検査の異常を指摘されたことがある。

※ ①～⑥に該当しない場合は、その他の欄に受診理由等を記載してください。