別紙様式１

鳥取県肝炎ウイルス医療機関検診受診申込（問診）書

検査を希望される方は、以下の質問について、「はい」、「いいえ」に該当する方を〇でお囲みください。
※「受診対象者」に該当された方のみ受診申込みを行うことができます。

＜受診資格確認＞

1	過去に肝炎ウイルス検査を受けたことがない。
2	市町村又は健康保険組合等が実施する肝炎ウイルス検査を受診することは困難である。 （市町村や健康保険組合などでも肝炎ウイルス検査を受診することができる場合があります。その場合にはそれらの肝炎ウイルス検査の受診を優先してください。）
3	肝炎ウイルスの感染リスクなどにより速やかな受診を希望する。 （感染のリスクとは、薬物の濫用、入れ墨、ボディピアスなど感染の危険がある場合です。今日では新たに肝炎ウイルスに感染することは稀であることから、過去(C型は平成６年以降)に肝炎ウイルス検査を受検された方については再度の受診は不要とされています。 なお、採血用穿刺器具の不適切な取扱いによりウイルス感染に不安を感じており、未だ肝炎ウイルス検査を受診されていない方は対象となります。）

1 → はい → 2
1 → いいえ → 3
2 → いいえ → 3
2 → はい → 受診対象者です
3 → はい → 受診対象者です
3 → いいえ → 受診対象者ではありません

※以下の申込者記入欄に必要事項を御記入ください。

※この肝炎ウイルス検査は受診できません。

年　　月　　日

総合事務所長
福祉保健事務所長　様
（検診医療機関）

以下に掲げる承認事項①から④を承諾の上、鳥取県肝炎ウイルス医療機関検診の受診を申し込みます。

〇受診申込者記入欄　　※自署で記入願います。

フリガナ		住　所	
氏　　名			
性　　別	男　・　女		
生年月日	年　　月　　日（満　　歳）		電話番号（　　）　　－

希望する検査項目	□ Ｂ型＋Ｃ型の両方　　□ Ｂ型のみ　　□ Ｃ型のみ

（承認事項）

①医療機関が検査結果（精密検査の結果を含む）を事業実施主体である県へ報告すること。②県がお住まいの市町村の福祉保健部門に対し、あなたの検査結果を情報提供すること。③情報提供を受けた市町村において検査対象者管理や陽性者への定期検査の勧奨等に活用する場合があること。④県が検査結果を個人が特定されない形で各種統計情報としてとりまとめ、傾向分析及び国への報告等に活用すること。（個人を特定できる形で検査結果を公表することはありません。）

〇検査結果（医療機関記入欄）

［検査日：　　年　　月　　日］

・ＨＢｓ抗 原 検 査 ： 未実施　　陰 性　　陽 性
・ＨＣＶ抗 体 検 査 ： 未実施　　陰 性　　陽 性　［ 高力価　　中力価　　低力価 ］
・ＨＣＶ核酸増幅検査 ：　　陰 性　　陽 性

医療機関名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　担当医：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印