

## 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症状が進行し、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。

福井県では、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、肝疾患に関する講演会等のご案内等を差し上げます。

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。

### フォローアップに同意する

氏名（自署）： \_\_\_\_\_ 性別： \_\_\_\_\_ 男 ・ 女

生年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

電話番号： \_\_\_\_\_ — \_\_\_\_\_ — \_\_\_\_\_

住所： 〒 \_\_\_\_\_ — \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### 【提出先】

〇〇健康福祉センター 〇〇課