

肝炎ウイルス検査申込（問診）票

申 込 者 記 入 欄	申込日	年 月 日	受付番号	
	フリガナ		性別	生年月日（年齢）
	氏名		男 女	年 月 日(満 歳)
	住所 (福井市 除く)	(〒 -)	電話番号 () -	
	検査理由（該当する項目の□にレ印を付してください。） <input type="checkbox"/> 平成4年（1992年）以前に輸血を受けたことがある。 <input type="checkbox"/> 大きな手術を受けたことがある。 <input type="checkbox"/> 平成6年（1994年）以前にフィブリノゲン製剤（フィブリン糊としての使用を含む。）の投与を受けたことがある、またはその可能性がある。 <input type="checkbox"/> 非加熱血液凝固因子製剤の投与を受けたことがある、またはその可能性がある。 <input type="checkbox"/> 長期にわたり血液透析を受けている。 <input type="checkbox"/> 臓器移植を受けたことがある。 <input type="checkbox"/> 薬物を乱用している、または入れ墨をしている。 <input type="checkbox"/> ボディピアスを施している、または施したことがある。 <input type="checkbox"/> 過去に健康診断等で肝機能検査の異常を指摘されているにもかかわらず、その後肝炎の検査を実施していない。 <input type="checkbox"/> その他 ()			
これまでに、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				
上記のとおり、肝炎ウイルス検査を希望します。なお、検査の結果、陽性であった場合には、精密検査または治療を受けることをお約束します。 また、私の検査結果について医療機関から福井県へ報告すること、および（検査結果が陽性の場合）福井県（健康福祉センター）から精密検査または治療の受診について確認があることを承諾します。 <div style="text-align: right;"> 受検者氏名 _____ (自署) </div>				
医療 機 関 記 入 欄	問診の結果、肝炎ウイルス検査を 1 行う。(ア B型肝炎+C型肝炎 イ B型肝炎のみ ウ C型肝炎のみ) 2 行わない。 <div style="text-align: right;"> 医療機関名 _____ 医 師 名 _____ </div>			

検査判定結果

B 型 肝 炎 ウ イ ル ス 検 査	1 陽 性	判定 理由	※
	2 陰 性		
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。	判定 理由	※
	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 日	年 月 日		
結 果 通 知 日	年 月 日		

※ C型肝炎ウイルス検査の判定理由欄の説明

判定理由	HCV抗体 検出結果※	HCV抗体 検査結果	HCV核酸 増幅検査結果	判 定
①	陽 性	高力価	陽 性	現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い。
②		中・低力価	陽 性	
③			陰 性	
④	陰 性	陰 性	陽 性	現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い。
⑤			陰 性	

※ HCV抗体の検出は省略できる。