（様式第３号）

肝炎ウイルス精密検査（治療方針検討）依頼書

検査実施医療機関記入欄

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（　）　－		
検査実施項目	□ Ｂ型肝炎＋Ｃ型肝炎　□ Ｂ型肝炎のみ　□ Ｃ型肝炎のみ		

上記の方は、当院において福井県緊急肝炎ウイルス検査実施要綱に基づく肝炎ウイルス検査を実施し、下記のとおり判定いたしました。

ご多用中のところ恐縮ですが、精密検査および今後の治療方針についてご検討をお願いいたします。

なお、結果につきましては、本書にご記入の上、当院および（一社）福井県医師会経由で、福井県（保健予防課）あてお送りくださるようお願いいたします。

記

1　Ｃ型肝炎ウイルス検査
- □ 現在、Ｃ型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い。
- □ 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　□ ②　□ ③　□ ④　□ ⑤

2　Ｂ型肝炎ウイルス検査
- □ 陽性
- □ 陰性

3　判　定　日：　年　月　日

4　判定結果通知日：　年　月　日

※ Ｃ型肝炎ウイルス検査の判定理由の説明

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
①	陽　性	高力価	
②		中・低力価	陽　性
③			陰　性
④		陰　性	
⑤	陰　性		

年　月　日

医療機関名

医　師　名

専門医療機関記入欄

上記の方について、精密検査等を行い、下記のとおり診断しましたので報告します。

記

1　受診日　年　月　日

2　診　断
- □ ＨＣＶ感染の既往のみ
- □ キャリア　Ｂ型　Ｃ型
- □ 急性肝炎　Ｂ型　Ｃ型
- □ 慢性肝炎　Ｂ型　Ｃ型
- □ 肝 硬 変　Ｂ型　Ｃ型
- □ そ の 他(具体的に:　)

3　今後の治療方針等
- □ 経過観察不要
- □ 経過観察（　か月）
- □ 要治療（治療内容：　）

年　月　日

医療機関名

医　師　名