

乙型、丙型肝炎病毒感染检查问诊票

B型・C型ウイルス検査問診票

就诊日

No.

片假名()

就诊者姓名

(ID)

出生年月日

岁 性別

<问诊栏> 请在答案上画圈，必要时请填写具体内容。

1. 你有打算在此体检以外接受肝炎病毒检查吗。

有 · 没有

2. 你有没有得过肝病或者被说过肝功能不好吗？

有 (年左右) · 没有

3. 你有接受过大范围的外科手术（大手术等）吗？

有 (年左右) · 没有

4. (仅限女性) 怀孕、分娩时是否有过大量出血？

有 (年左右) · 没有

5. 问3、4回答“是”的人，你有在定期接受肝功能检查吗？

有 · 没有

6. 你至今为止有接受过乙肝病毒检查吗？

有 (年左右) · 没有 · 不知道

7. 您现在或过去有接受过乙肝治疗吗？

有 (年左右) · 没有 · 不知道

8. 你至今为止有接受过丙肝病毒检查吗？

有 (年左右) · 没有 · 不知道

9. 您现在或过去有接受丙型肝炎治疗吗？

有 (年左右) · 没有 · 不知道

在了解肝炎病毒检查的目的之后，你希望接受肝炎病毒检查吗？

希望 · 不希望 接受 HBs 抗原检查 · 丙肝病毒检查

(请在该当内容上画圈。)

年 月 日

签名

(请目签)

东广岛纪念病院 广岛生活习惯病・癌健诊中心东广岛