

# 元気すこやか健診受診票 (B型・C型肝炎ウイルス検査)

受診年月日	住所 東広島市	TEL	-	-
医療機関名	ふりがな	年度末年齢	大・昭	
医師名	氏名	男・女	歳	年 月 日生
	受診券番号	医療機関記入欄	無料証明書	他の血液検査の同時実施の有無
			有 ・ 無	有 [基本・特定] ・ 無

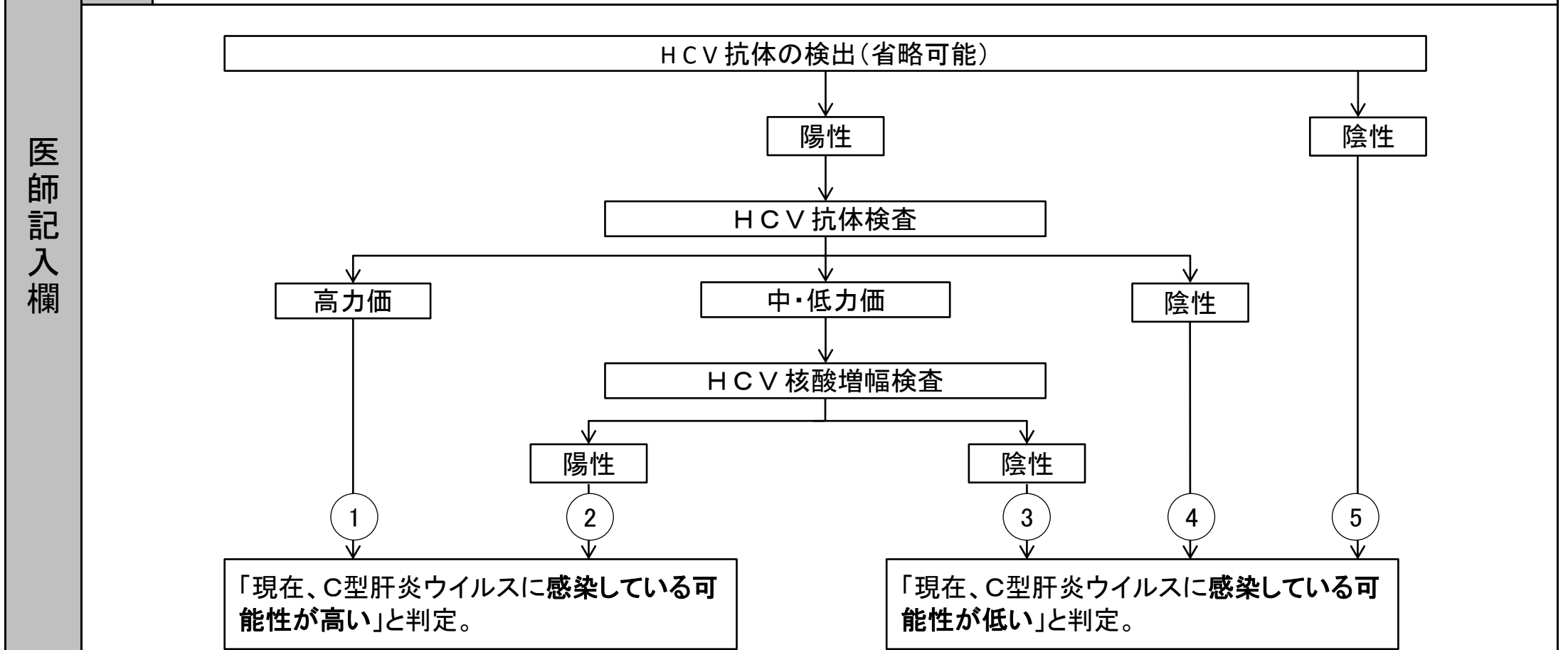
※太枠の中をご記入ください。

受診者記入欄	1. 元気すこやか健診以外で肝炎ウイルス検診を受ける予定がありますか。はい ・ いいえ
	2. 肝臓病にかかったことや肝機能が悪いと言われたことがありますか。 はい( 年頃) ・ いいえ
	3. 広範な外科的処置(大きな手術など)を受けたことがありますか。 はい( 年頃) ・ いいえ
	4. (女性のみ)妊娠・分娩時に多量に出血したことがありますか。 はい( 年頃) ・ いいえ
	5. 3または4で「はい」と答えた方に伺います。 定期的に肝機能検査を受けていますか。 はい ・ いいえ
	6. これまで、B型肝炎ウイルス検査を受けたことがありますか。 はい( 年頃) ・ いいえ ・ 分からない ↳ (結果: 陽性 ・ 陰性 ・ 不明)
	7. これまで、C型肝炎ウイルス検査を受けたことがありますか。 はい( 年頃) ・ いいえ ・ 分からない ↳ (結果: 陽性 ・ 陰性 ・ 不明)
	8. 現在又は過去に、B型肝炎の治療を受けていますか。 はい( 年頃) ・ いいえ ・ 分からない
	9. 現在又は過去に、C型肝炎の治療を受けていますか。 はい( 年頃) ・ いいえ ・ 分からない
	10. 肝炎ウイルス検査はB型・C型肝炎ウイルス持続感染者(キャリア)を発見し、早期に適切な治療に結びつけることを目的に実施するものです。検診の目的等について理解した上で、肝炎ウイルス検診を希望しますか。

B型肝炎ウイルス検査(HBs抗原検査)・C型肝炎ウイルス検査について

希望する ・ 希望しない 氏名 (自署してください)

判定	(B型肝炎ウイルス検査(HBs抗原検査)) 1 陽性 <input type="checkbox"/> 紹介状発行      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 ① ・ ② <input type="checkbox"/> 紹介状発行 2 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い。      判定理由 ③ ・ ④ ・ ⑤



注: 今回の検査で、B型肝炎ウイルス検査が「陰性」の場合、または「C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い」場合も、自覚症状等があれば医師に相談してください。