石川県肝炎診療連携
参加同意書

あなたは肝炎ウイルス検査で、ウイルス性肝疾患と診断されました。
ウイルス性肝疾患は**自覚症状が無いまま肝硬変へ進展し、肝がんができやすい病気のため、定期的に専門の医療機関を受診する事が非常に重要**です。

肝炎診療連携にご参加いただくと、患者様が定期的に専門医療機関を受診し、適切な検査や治療を受けるためのサポートが拠点病院（金沢大学附属病院）**から受けられます。**

【参加のメリット】（※詳細は、別紙の案内リーフレット参照）

- 病状など一定の要件を満たす方は、定期検査費用等の助成を受けることができます。
- 専門医療機関の受診をお勧めするお知らせをお送りするので、受診し忘れを防げます。
- 治療薬や助成制度のことなど、有益な最新情報をお届けします。

また、市町等が把握した精密検査の情報や、専門医療機関が把握した診療情報等を拠点病院に共有することで、拠点病院等が連携して患者様の診療支援を行います。

内容をご確認の上、肝炎診療連携への参加について、下記の「同意します」又は、「同意しません」のいずれかに○をつけていただき、意思表示をお願いします。
※不同意の場合は、原則、今後も継続して市町等から受診状況を確認させていただきます。

なお、本事業で入手した個人情報は本事業の関係機関の中でのみ使用し、その他の目的に用いることはありません。

記入日：＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

石川県肝疾患診療連携拠点病院　殿

私は石川県肝炎診療連携への参加に　**同意します**　**同意しません**

ふりがな
氏　　名：＿＿＿＿＿＿＿＿　生年月日：＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

住　　所：〒＿＿＿＿＿＿＿＿　性　別：　男　・　女

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号：＿＿＿＿＿＿＿＿　受診医療機関（※）：＿＿＿＿＿＿＿＿

※予定を含む。決まっていない場合は「未定」と記入

以下の内容は分かる範囲でご記入ください。

①陽性と分かった肝炎ウイルス検査の種類（該当のものに○をつけてください）

1 市町の検診　2 保健所での無料検査　3 医療機関での無料検査　4 職場健診　5 人間ドッグ
6 他疾患での医療機関への通院や入院時の検査等　7 献血　8 妊婦健診　9 その他（　　）

②陽性と分かった時期（例：結果通知日）：＿＿＿＿＿＿年＿＿＿＿月頃

問い合わせ先：076-265-2244 金沢大学附属病院 肝疾患相談センター

石川県肝疾患診療連携拠点病院宛て　郵送用