別紙１－１　　《 検査医療機関用 》

※太枠の中だけ記入してください

石川県・金沢市肝炎ウイルス検査申込（問診）票

地区分類	どちらかにチェックしてください □石川県(金沢市除く) □金沢市	受付日	年　月　日
		結果通知予定日	年　月　日
検査項目	B型肝炎＋C型肝炎		

フリガナ 氏名		性別	男 ・ 女	生年月日	年　月　日 （　　歳）
住所	〒　－ 市・郡　　町	電話	自宅		－　－
			携帯		－　－

問診項目

対象者確認

□ 過去に、肝炎ウイルス検査※を受けたことがありますか。

1 いいえ　　2 分からない　　3 はい（　　年頃）→検査対象外

※検査機会の例：お住まいの市町による住民検診（市町により40歳～60歳の特定年齢で受ける機会があります）、人間ドック、入院時検査、妊婦健康診査、平成11年以降の献血等

□ 肝炎ウイルス（B型又はC型）陽性と言われたり、ウイルス性肝炎の治療を受けたことがありますか。

1 いいえ　　2 分からない　　3 はい（　　年頃）→検査対象外

□ 今年度、お住まいの市町で実施する健康診断などで、肝炎ウイルス検査を受ける予定がありますか。

1 いいえ　　2 はい →検査対象外

＊金沢市では4月中にB型・C型肝炎ウイルス検査受診券を対象者（年度末年齢：40、45、50、55、60歳の未受診者）に送付しています。

共通項目

□ 本日の来院目的は何ですか。

1 肝炎ウイルス検査のみ希望　↳ 費用①
2 職場の健康診断　↳ 費用②
3 その他（　　）　↳ 費用①

□ 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。

1 はい（　　年頃）　2 いいえ

□ 平成4年（1992年）以前に広範な外科的処置（大きな手術など）を受けたことがありますか。

1 はい（　　年頃）　2 いいえ

□ （女性のみ） 平成6年（1994年）以前に妊娠・分娩等で多量に出血したことがありますか。

1 はい（　　年頃）　2 いいえ

医師記入欄

○ 上記の問診の結果、肝炎ウイルス検査対象者として、（ 該当する ・ 該当しない ）。

担当医署名：

受検者署名欄

○ B型肝炎検査及びC型肝炎検査を希望します。

○ なお、本問診票が石川県または金沢市に報告され、必要に応じて保健所から連絡がくることに同意します。

受検者署名：

結果

B型肝炎ウイルス検査

○ＨＢｓ抗原検査　陰性　陽性

C型肝炎ウイルス検査

○ＨＣＶ抗体検出検査　陰性　陽性　省略

○ＨＣＶ抗体検査　陰性　低力価　中力価　高力価　実施せず

○ＨＣＶ核酸増幅検査　陰性　陽性　実施せず

◆判定　判定①　判定②　判定③　判定④　判定⑤

医療機関名：　　担当医署名：

別紙１－２　　《 保健所提出用 》

※太枠の中だけ記入してください

石川県・金沢市肝炎ウイルス検査申込（問診）票

地区分類	どちらかにチェックしてください □石川県(金沢市除く) □金沢市	受付日	年　月　日
		結果通知予定日	年　月　日
検査項目	B型肝炎＋C型肝炎		

フリガナ 氏名		性別	男 ・ 女	生年月日	年　月　日 （　　歳）
住所	〒　－ 市・郡　　町	電話	自宅		－　－
			携帯		－　－

問診項目	対象者確認	□ 過去に、肝炎ウイルス検査※を受けたことがありますか。 1 いいえ　2 分からない　3 はい（　年頃）→検査対象外 ※検査機会の例：お住まいの市町による住民検診（市町により40歳～60歳の特定年齢で受ける機会があります）、人間ドック、入院時検査、妊婦健康診査、平成11年以降の献血等 □ 肝炎ウイルス（B型又はC型）陽性と言われたり、ウイルス性肝炎の治療を受けたことがありますか。 1 いいえ　2 分からない　3 はい（　年頃）→検査対象外 □ 今年度、お住まいの市町で実施する健康診断などで、肝炎ウイルス検査を受ける予定がありますか。 1 いいえ　2 はい →検査対象外 ＊金沢市では4月中にB型・C型肝炎ウイルス検査受診券を対象者（年度末年齢：40、45、50、55、60歳の未受診者）に送付しています。
	共通項目	□ 本日の来院目的は何ですか。 1 肝炎ウイルス検査のみ希望　2 職場の健康診断　3 その他（　　） ↳ 費用①　↳ 費用②　↳ 費用① □ 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。 1 はい（　年頃）　2 いいえ □ 平成4年（1992年）以前に広範な外科的処置（大きな手術など）を受けたことがありますか。 1 はい（　年頃）　2 いいえ □ （女性のみ） 平成6年（1994年）以前に妊娠・分娩等で多量に出血したことがありますか。 1 はい（　年頃）　2 いいえ
医師記入欄		○ 上記の問診の結果、肝炎ウイルス検査対象者として、（ 該当する ・ 該当しない ）。 担当医署名：
受検者署名欄		○ B型肝炎検査及びC型肝炎検査を希望します。 ○ なお、本問診票が石川県または金沢市に報告され、必要に応じて保健所から連絡がくることに同意します。 受検者署名：
結果		B型肝炎ウイルス検査 ○ＨＢｓ抗原検査　陰性　陽性 C型肝炎ウイルス検査 ○ＨＣＶ抗体検出検査　陰性　陽性　省略 ○ＨＣＶ抗体検査　陰性　低力価　中力価　高力価　実施せず ○ＨＣＶ核酸増幅検査　陰性　陽性　実施せず ◆判定　判定①　判定②　判定③　判定④　判定⑤ 医療機関名：　担当医署名：

別紙1－3　　《 結果通知用 》

※太枠の中だけ記入してください

石川県・金沢市肝炎ウイルス検査の結果について

地区分類	どちらかにチェックしてください □石川県(金沢市除く) □金沢市	受付日	年　月　日
		結果通知予定日	年　月　日
検査項目	B型肝炎＋C型肝炎		

フリガナ 氏名		性別	男 ・ 女	生年月日	年　月　日 (　　歳)
住所	〒　－ 市・郡　　町		電話	自宅 携帯	－　－ －　－

先日、受検されました肝炎ウイルス検査の結果について、下記のとおりお知らせします。

1　B型肝炎ウイルス検査(HBs抗原検査)判定結果

1　陰性

今回検査を受けた日を覚えておきましょう。自覚症状などがあれば、再度検査を受けましょう。

2　陽性

医療機関の受診を強く勧めます。早めに専門医を受診しましょう。

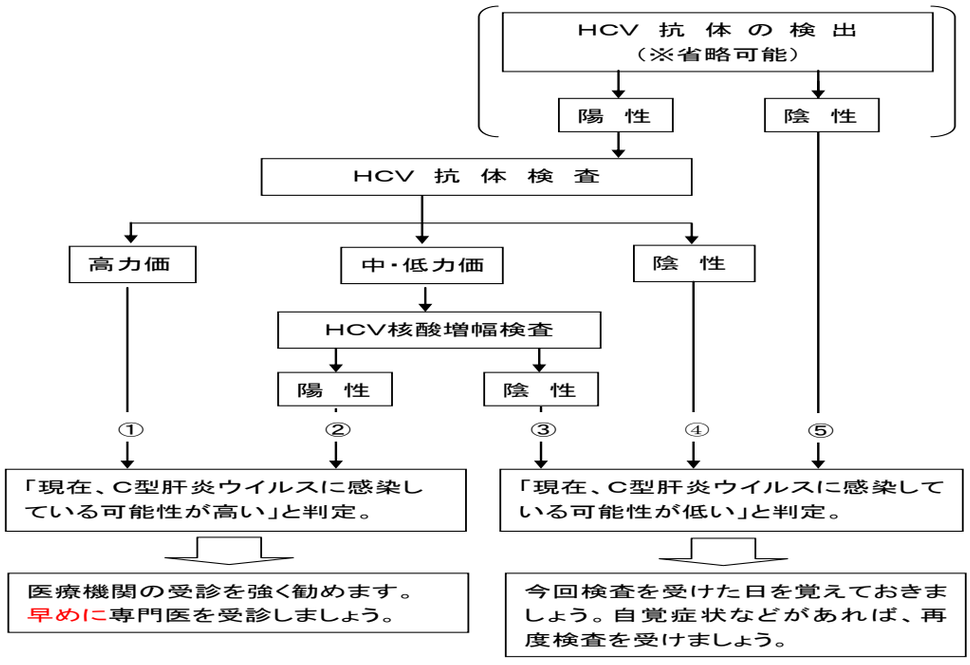
2　C型肝炎ウイルス検査判定結果

1「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」と判定されました。

判定理由　①　②

2「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い」と判定されました。

判定理由　③　④　⑤



医療機関名：　　担当医署名：