

広島市肝炎ウイルス検査確認票(兼)申込書

申込日 令和 年 月 日
(採血日)

【受検者】

【検査実施医療機関】

医療機関コード
医療機関所在地
名称
電話番号

住所	〒 ー ー 広島市 ー 区
(フリガナ) 氏名	男 ・ 女
生年 月日	大・昭・平・令 年 月 日(ー 歳) ※20歳未満の方は家族に肝炎ウイルスキャリアがいる方に限ります。
電話番号	ー ー

【① 肝炎ウイルス検査の受検要件の確認】

この検査の対象者は次の要件全てに該当する方です。

- ・広島市に住民票のある20歳以上の方、又は家族に肝炎ウイルスキャリアの方がいる20歳未満の方。
- ・過去に肝炎ウイルス検査を受けたことがなく、かつ、これから受ける予定がない方。(検査後に新たに肝炎ウイルスに感染したおそれがある場合は除く。)

広島市に住民票がありますか。	
☐ はい	→検査を受けることができます。
☐ いいえ	→この申込書では検査を受けることができません。 県内の広島市外の自治体に住民票がある方は、検査が受けられるかを医療機関にご相談ください。
今後、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。	
☐ はい	→検査を受けることができません。
☐ いいえ	→検査を受けることができます。
これまで、肝炎ウイルス検査を受けたことがありますか。	
☐ はい	→原則、検査を受けることができません。 ただし、次に該当する場合は受検が可能です。該当する場合は、✓をしてください。 ☐ 輸血や血液製剤の投与により、新たに肝炎ウイルスに感染した恐れがある。 ☐ 性行為等の事由により、新たに肝炎ウイルスに感染した恐れがある。 ☐ 過去に B 型又は C 型の肝炎ウイルス検査のいずれか一方しか受けたことがない。
☐ いいえ	→検査を受けることができます。

【②問診】

現在、肝炎の治療を受けていますか。	いいえ ・ はい
過去、肝炎の治療を受けましたか。	いいえ ・ はい (ー 年頃)
肝臓病にかかったことや肝機能が悪いといわれたことがありますか。	いいえ ・ はい (ー 年頃)
大量に出血するような手術を受けたことがありますか。	いいえ ・ はい (ー 年頃)
(女性のみ)妊娠・出産時大量に出血したことがありますか。	いいえ ・ はい (ー 年頃)
平成4(1992)年以前に輸血を受けたことがありますか。	いいえ ・ はい (ー 年頃)
家族に肝炎ウイルスに感染した方はいますか。	いいえ・ はい (続柄 ー B型・C型)

【③同意事項】 私は肝炎ウイルスの実施について、次の事項に同意します。

☐ この検査の実施に当たり、広島市が申請者の住民票を住民基本台帳等で調査・確認することに同意します。
☐ 【要医療】と判定された場合、広島県や広島市から健康管理の方法等について説明をさせていただくことがあります。
☐ 上記①の対象でないことが判明した場合、後日、検査費用を請求することがあります。

【④検査申込】 次の肝炎ウイルス検査を受けたいので申し込みます。

☐ B 型肝炎ウイルス検査 ☐ C 型肝炎ウイルス検査 ☐ B 型及び C 型肝炎ウイルス
--

【⑤結果通知】 健診結果の通知は概ね、採血日から ー 日後、検査結果通知書によりお知らせします。

R6.11 改