

広島市肝炎ウイルス検査結果通知書

通知日 令和 年 月 日
 【採血日 令和 年 月 日】

【受検者】

氏名

様

【検査実施医療機関等】

医療機関等所在地

名 称

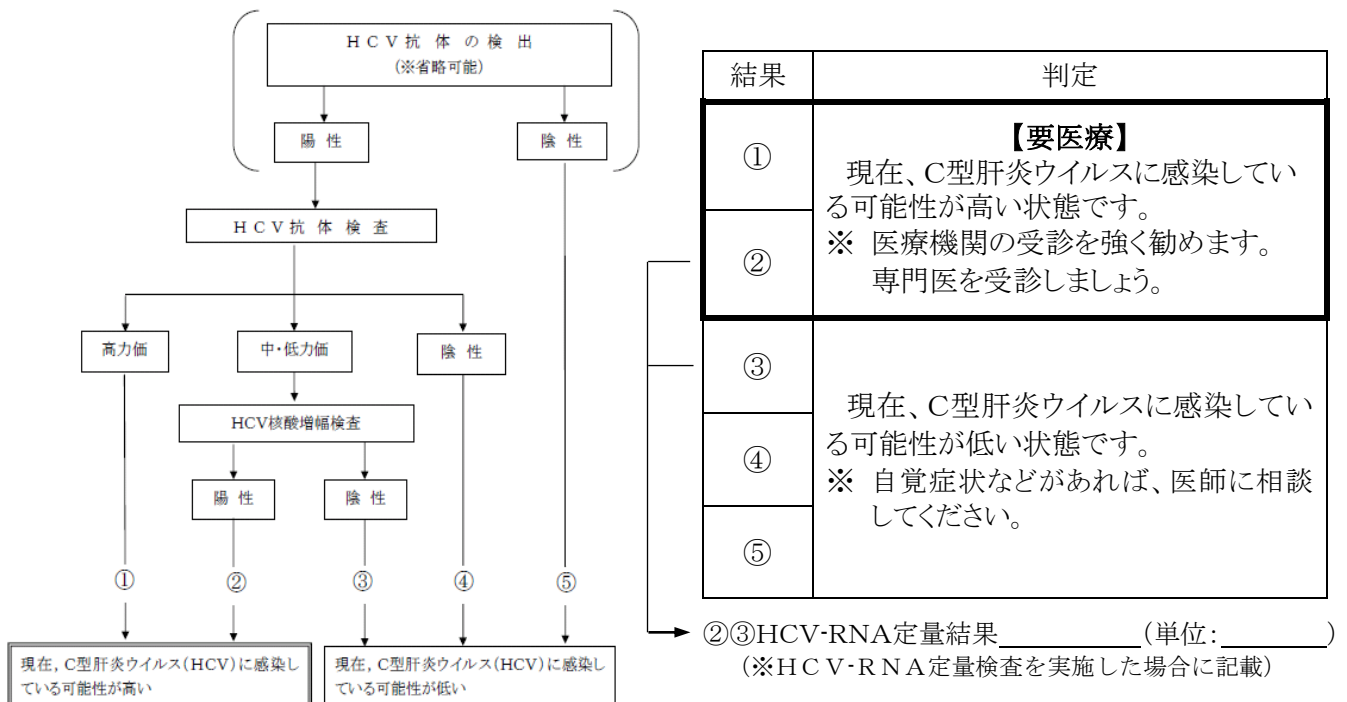
電 話 番 号

医 師 名

●B型肝炎ウイルス(HBs抗原)検査結果【結果欄に○をつけています。】

判定	結果	備考
陽 性		【要医療】 医療機関の受診を強く勧めます。 専門医を受診しましょう。
陰 性		現在、B型肝炎ウイルスに感染していません。 ※自覚症状などがあれば、医師に相談してください。

●C型肝炎ウイルス(HCV)検査結果【結果欄の該当番号に○をつけています。】



●今回受けた肝炎ウイルス検査の検査日と検査の記録を残しておいてください。

裏面の【注意事項】を必ずお読みください。