

B型肝炎・C型肝炎に関する問診及び検査に関する署名

受診日 令和 年 月 日

氏名		住所	尾鷲市
生年月日	年 月 日	電話番号	

該当する項目を○で囲んでください。

○ 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

○ 広範な外科的処置（大きな手術など）受けたことがありますか。

は い (年頃) いいえ

「はい」と答えた方にうかがいます。

定期的に肝機能検査を受けていますか。 はい いいえ

○ (女性のみ) 妊娠・分娩時に多量出血したことがありますか。

は い (年頃) いいえ

「はい」と答えた方にうかがいます。

定期的に肝機能検査を受けていますか。 はい いいえ

○ 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 わからない

○ 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 わからない

○ 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 わからない

○ 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 わからない

○ 肝炎ウイルス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。

・ HB s 抗原検査について

希望する 希望しない 氏 名 _____

・ C型肝炎ウイルス検査について

(自署してください)

希望する 希望しない 氏 名 _____

(自署してください)

医療機関記入欄

HB s 抗原検査	C型肝炎ウイルス検査				
陽性・陰性	判定結果	1・2	判定理由	①	② ③ ④ ⑤