

松江市 肝炎ウイルス検診記録票

F-1

※松江市が実施する肝炎ウイルス検診等を過去に受けたことがある人は、本検診の対象外です。

フリガナ 氏名	(自署:ご本人又は保護者) ※18歳未満の場合保護者名	性別	男・女
住所	松江市		
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)	電話番号	

← 太枠の中をご記入ください。

検診受診日	年 月 日	がん検診等 受診券番号							
健診同時 実施の有無	有	1. 一般健診 2. 松江市国保特定健診 3. 松江市が実施する健診以外の健診 4. 後期高齢者健診							
	無	5. 本年度の松江市が実施する健診結果による実施 (ALT (GPT) 要指導) 6. 単独実施							
検診分類	(1) 健康増進事業対象者				(2) 特定感染症検査等事業対象者				
	1. 節目 (本年度中に40歳)	2. 節目以外 (41歳以上で未受診)	3. 本年度要指導 (ALT (GPT) 値 U/L)		4. 39歳以下 (※がん検診等受診券なし)				

承認事項及び個人情報について

- この検診は、健康増進法に基づく健康増進事業及び特定感染症検査等事業実施要綱に基づき、松江市が医療機関に委託して実施する検診ですので、検診結果(精密検査も含む)は松江市に報告されます。なお、記録票にご記入いただいた個人情報及び検診結果は、個人情報の保護に関する法律に基づいて適正に扱います。
- 検診の結果から、陽性または感染している可能性が高いと判定され、精密検査の受診状況が確認されない場合等、松江市から精密検査受診のご案内をさせていただく場合があります。

I. 肝炎ウイルス検診の目的等について理解した上で、受診希望の有無について該当するものを○で囲んでください。

1. B型肝炎ウイルス検査	1. 希望する	2. 希望しない
2. C型肝炎ウイルス検査	1. 希望する	2. 希望しない

II. 以下の項目について該当するものを○で囲んでください。

問1. 過去に大きな手術を受けたことがありますか。	1. はい(歳頃)	2. いいえ
問2. (女性のみ)過去に妊娠・分娩で大量に出血したことがありますか。	1. はい(歳頃)	2. いいえ
問3. 過去に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(歳頃)	2. いいえ
問4. これまで、B型またはC型肝炎ウイルス検査を受けたことがありますか。	1. はい(B型: 歳頃 C型: 歳頃)	2. いいえ 3. わからない
問5. 定期的に肝機能検査を受けておられますか。	1. はい	2. いいえ
問6. 現在または過去にB型肝炎の治療を受けていますか。	1. はい(歳頃)	2. いいえ 3. わからない
問7. 現在または過去にC型肝炎の治療を受けていますか。	1. はい(歳頃)	2. いいえ 3. わからない

B型肝炎ウイルス 抗原検査判定結果	1. 陽性 2. 陰性						
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。 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。		C型肝炎 ウイルス検査 判定理由	1	2	3	4
総合判定	1. 異常認めず 2. 要精密検査: 検査実施機関を以下の項目から選択してください。 a. 検診医 b. 主治医 (医療機関名:) 検診医と異なる場合のみ記載。 c. 医療機関紹介 (紹介先:)						
検診実施医療機関名及び担当医師名				医療機関番号			