

肝炎ウイルス検査問診票

(表面)

① これまでに、医師からB型肝炎ウイルスのキャリアであると指摘を受けたことや、手術前検査、献血、妊婦検診等の血液検査にてB型肝炎ウイルスが陽性であると指摘を受けたことがありますか。

はい (年頃)	いいえ	わからない
---------------------	-----	-------

② これまでに、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
---------------------	-----	-------

③ これまでに、B型肝炎の治療を受けたことがありますか。

はい (年頃)	いいえ	わからない
---------------------	-----	-------

④ これまでに、医師からC型肝炎ウイルスのキャリアであると指摘を受けたことや、手術前検査、献血、妊婦検診等の血液検査にてC型肝炎ウイルスに現在感染している可能性がある」と指摘を受けたことがありますか。

はい (年頃)	いいえ	わからない
---------------------	-----	-------

⑤ これまでに、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
---------------------	-----	-------

⑥ これまでに、C型肝炎の治療を受けたことがありますか。

はい (年頃)	いいえ	わからない
---------------------	-----	-------

⑦ 上記の①～③のいずれかで「はい」と回答した方は、札幌市で実施するB型肝炎ウイルス検査の対象外です。④～⑥のいずれかで「はい」と回答した方は、札幌市で実施するC型肝炎ウイルス検査の対象外です。対象外の場合、検査は有料になります。それでも、肝炎ウイルス検査を希望しますか。

はい	いいえ
----	-----

裏面の説明をよく御確認のうえ、以下項目を○で選択し、署名を行ってください。

○肝炎ウイルス検査の目的等を理解したうえで、札幌市が実施する肝炎ウイルス検査を希望しますか。

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

○札幌市が実施するフォローアップ事業に同意いただけますか。

同意する	同意しない
------	-------

○札幌市が実施する検査実施医療機関への受診状況調査に同意いただけますか。

同意する	同意しない
------	-------

上記内容に相違がないことを誓います。

年 月 日

受検者氏名 _____

代理者氏名 _____ (続柄)

※ 受検者本人の自署を原則とする。ただし、やむを得ない事情がある場合には、代理者が受検者氏名を代筆することができる。代筆する場合には、代理者氏名、受検者との続柄についても記入すること。

肝炎ウイルス検査問診票

(裏面)

肝炎ウイルスに感染した場合、自覚症状がないまま病気が進行し、慢性肝炎、肝硬変、肝がんへと重症化する可能性があります。

札幌市では、肝炎ウイルスに関する正しい知識を普及させるとともに、住民が自身の肝炎ウイルス感染の状況を認識し、必要に応じて保健指導を受け、医療機関を受診することにより、肝炎による健康障がい回避し、症状を軽減し、進行を遅延させることを目的として、いままでB型肝炎、C型肝炎ウイルス検査を受けたことがない方を対象に肝炎ウイルス検査を実施しています。

また、検査結果が陽性判定であった方のうち、「フォローアップ事業」「受診状況調査」に同意いただいた方に対して、医療機関の受診勧奨を行うとともに、陽性判定後に肝臓の検査等のために医療機関を受診したか、受診状況調査を実施することとしております。

フォローアップ事業 札幌市 ➡ 陽性判定を受けた方（御本人）

検査結果が陽性判定であった方のうち、同事業への参加に同意いただいた方に対して、御本人宛てに通知をお送りして、肝炎治療の助成制度等に関する情報を御提供するとともに、調査票をお送りし、肝臓の検査等のための医療機関の受診状況や、治療内容等を確認いたします。必要に応じて、電話等で御連絡を差し上げる場合もあります。

※同意の有無に関わらず札幌市が実施する肝炎ウイルス検査を受検可能です。

※本事業で入手した個人情報については、本事業で活用するとともに、本人が特定されない情報に加工したうえで学術研究機関に提供を行いますが、それ以外の目的に用いることはありません。

受診状況調査 札幌市 ➡ 検査実施医療機関

検査結果が陽性判定であった方のうち、同調査に同意いただいた方に関して、検査を実施した医療機関宛てに調査票をお送りし、陽性判定後に肝臓の検査等のために医療機関を受診したか、情報を御提供いただく場合があります。

※同意の有無に関わらず札幌市が実施する肝炎ウイルス検査を受検可能です。

※本調査で入手した個人情報については、フォローアップ事業で活用するとともに、本人が特定されない情報に加工したうえで学術研究機関に提供を行いますが、それ以外の目的に用いることはありません。

御不明な点等がありましたら、下記までお問い合わせください。

【問い合わせ先】

札幌市保健所感染症総合対策課感染症総合対策係
〒060-0042 札幌市中央区大通西19丁目 WEST19 3F
TEL : 011-622-5199 FAX:011-622-5168

(令和6年2月14日改正)