

※見本です。本票で検査を受けることはできません。

受診期限

申込者氏名

北区肝炎ウイルス検診受診票①
(検診実施医療機関用)

医療機関名

所在地

医師名

電話 ()

私は、「検診を受ける前に」を確認し、了解しましたので、以下のとおり肝炎ウイルス検査を申し込みます。

太線の枠内をご記入ください。

受診年月日	年 月 日
(フリガナ) 氏名	(男・女)
	生年月日(T・S・H) 年 月 日生(歳)
住所 電話番号	東京都 北区 電話番号 ()
検査項目 (番号を○で囲む)	1. B型・C型肝炎ウイルス検査両方 2. B型肝炎ウイルス検査のみ 3. C型肝炎ウイルス検査のみ
受診券の番号	北区 番号 ← 保健所が事前に記入いたします

問診事項

1 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(年頃) 2 いいえ

2 広範な外科的処置(大きな手術など)を受けたことがありますか。
1 はい(年頃) 2 いいえ 3 わからない

3 (女性のみ) 妊娠・分娩時に大量に出血したことがありますか。
1 はい(年頃) 2 いいえ

4 これまでに、C型肝炎ウイルス検査およびB型肝炎ウイルス検査を受けたことがありますか。
1 C型・B型の両方を受けた(年頃) 2 C型またはB型のどちらかを受けた(年頃) 3 いいえ 4 わからない

5 現在または過去に、C型肝炎あるいはB型肝炎の治療を受けていますか。
1 はい(C型 歳頃)(B型 歳頃) 2 いいえ 3 わからない

検診実施医療機関記入欄

C型肝炎ウイルス検査 検査方法 CLEIA法	実施検査	1 HCV抗体検査のみ 2 HCV抗体検査+HCV核酸増幅検査	HCV抗体検査測定値
	判定検査	1 現在、C型肝炎ウイルスに <u>感染している</u> 可能性が極めて高い 2 現在、C型肝炎ウイルスに <u>感染していない</u> 可能性が極めて高い	
	判定理由	(①~④のいずれかを記入)	
B型肝炎ウイルス検査 (HBs抗原検査) 検査方法: R P H A 法		1.陽性	2.陰性