

(様式1)

医療機関における肝炎ウイルス検査申込書

【申込日】	平成 年 月 日	受付日	平成 年 月 日
【希望する検査項目】	B型肝炎 + C型肝炎	B型肝炎	C型肝炎
【氏名】	(男・女)	年 月 日生	(歳)
【住所】(〒 -)	市・郡	町	
【電話番号】自宅	- -	携帯電話	- -
【検査を希望する理由】(にチェックをお願いします。)			
<p>1994年(平成6年)以前に、非加熱凝固因子製剤やフィブリノゲン製剤を使用された可能性がある</p> <p>1992年(平成4年)以前に輸血を受けたことがある</p> <p>長期に血液透析を受けている</p> <p>大きな手術を受けたことがある</p> <p>臓器移植を受けたことがある</p> <p>過去に健康診断等で肝機能検査の異常を指摘されたことがある。</p> <p>肝炎ウイルスの感染について医師から指摘されたことがあるか、その他肝炎ウイルスに感染した可能性がある。</p>			
【受診者署名欄】			
上記の理由により、肝炎ウイルス検査を希望します。			
この検査による結果が熊本県に報告されること及び本事業が社団法人熊本県医師会に委託して実施されることに同意します。			
この検査は肝炎ウイルスへの感染の早期発見、早期治療を目的としていることを理解し、保健所から保健指導が行われた場合は協力します。			
自 署 _____			
		受診券番号	

返信用封筒に貼付するために必要ですので、以下に宛先(申請者の住所等)を記入してください。

〒 - (住所)	〒 - (住所)
(氏名) 様	(氏名) 様

(保健所返信用)

(医療機関返信用)