

# ～「千葉県肝炎ウイルス検査委託事業」による肝炎ウイルス検査を 申し込まれる方へ～

千葉県健康福祉部疾病対策課  
電話 043-223-2665

## 検査申し込み要件（下記のすべてに該当する人が対象です）

- 政令市（千葉市）・中核市（船橋市・柏市）以外の県内市町村に住所のある方
- 過去にB型またはC型肝炎ウイルス検査を受けたことがない方
- 職場での健診や市町村が実施する健康増進法に基づく肝炎ウイルス検査などの受診の機会がない方

肝炎ウイルス検査をお受けになる方は以下について確認のうえ、検査の申込を行ってください。

- 検査は、申し込まれる方自身の自発的な申込に限り受け付けます。  
このことを御理解のうえ、「肝炎ウイルス検査申込（問診）票」の太枠内に御記入をお願いいたします。
- 検査結果が陽性だった場合には、紹介された指定医療機関を2ヶ月以内に必ず受診してください。  
なお、フォローアップ事業（千葉県健康福祉部疾病対策課からの年1回程度の受診状況等の確認）に同意した場合、初回精密検査費用の助成が受けられます。  
詳しくは千葉県健康福祉部疾病対策課（043-223-2665）までお問合せください。

※太枠内に記入してください。

肝炎ウイルス検査申込（問診）票

受付番号 番	受 付 日	年 月 日	
	結 果 通 知 日	年 月 日	
検査項目	<input type="checkbox"/> B型肝炎 + C型肝炎	<input type="checkbox"/> B型肝炎	<input type="checkbox"/> C型肝炎
<b>検査の目的及び確認事項</b> この肝炎ウイルス検査は、千葉県が医療機関に委託している事業です。この問診票及び検査結果が、千葉県に提供されること、検査の結果、「肝炎ウイルスに感染していること」が判明した場合には、早期治療・重症化予防の目的でフォローアップ事業への参加について同意された方へは、申込票記入欄に記載の住所や電話番号に、調査票の送付や電話等で受診確認などの連絡を行います。 検査の目的及び確認事項に了解した上で太枠内の申込票記入欄を御記入ください。			
氏名	男・女	年齢 歳	
※千葉市・船橋市・柏市以外の県内市町村に住所のある方が対象となります。 住所 市・郡 区・町 (電話番号) 自宅： — — 携帯： — —			
〈検査理由〉 <input type="checkbox"/> 過去にB型またはC型肝炎ウイルス検査を受けたことがなく、職場での検診や市町村が実施する健康増進法に基づく肝炎ウイルス検査などの受診の機会がないため <input type="checkbox"/> その他(理由の記載：必須) (理由： )			
—陽性者フォローアップ事業への参加について— 上記のとおり、肝炎ウイルス検査を希望します。 なお、結果が陽性だった場合には、千葉県の実施するフォローアップ事業への参加に <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません			
検査結果（医師記入欄）			
B型肝炎ウイルス検査	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性		
C型肝炎ウイルス検査	判定 ( <input type="checkbox"/> ①・ <input type="checkbox"/> ② ) ⇒感染している可能性が高い 判定 ( <input type="checkbox"/> ③・ <input type="checkbox"/> ④・ <input type="checkbox"/> ⑤ ) ⇒感染している可能性が低い		
陽性だった場合、医師が以下のいずれかにチェックを御記入ください。 <input type="checkbox"/> 肝臓専門医療機関に紹介した。 紹介先医療機関名： _____ <input type="checkbox"/> 当院での継続的な受診を勧めた。 <input type="checkbox"/> その他の指導 _____ 医療機関名： _____ 住 所： _____ 電 話： _____ 担当医： _____			

### 肝炎ウイルス検査申込（問診）票

受付番号 番	受 付 日	年 月 日
	結 果 通 知 日	年 月 日
検査項目	<input type="checkbox"/> B型肝炎＋C型肝炎	<input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎
<b>検査の目的及び確認事項</b> この肝炎ウイルス検査は、千葉県が医療機関に委託している事業です。この問診票及び検査結果が、千葉県に提供されること、検査の結果、「肝炎ウイルスに感染していること」が判明した場合には、早期治療・重症化予防の目的でフォローアップ事業への参加について同意された方へは、申込票記入欄に記載の住所や電話番号に、調査票の送付や電話等で受診確認などの連絡を行います。 検査の目的及び確認事項に了解した上で太枠内の申込票記入欄を御記入ください。		
氏名	男・女	年齢 歳
※千葉県・船橋市・柏市以外の県内市町村に住所のある方が対象となります。 住所 市・郡 区・町 (電話番号) 自宅： — — 携帯： — —		
〈検査理由〉 <input type="checkbox"/> 過去にB型またはC型肝炎ウイルス検査を受けたことがなく、職場での検診や市町村が実施する健康増進法に基づく肝炎ウイルス検査などの受診の機会がないため <input type="checkbox"/> その他(理由の記載：必須) (理由： )		
—陽性者フォローアップ事業への参加について— 上記のとおり、肝炎ウイルス検査を希望します。 なお、結果が陽性だった場合には、千葉県の実施するフォローアップ事業への参加に <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません		
<b>検査結果（医師記入欄）</b>		
B型肝炎ウイルス検査	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	
C型肝炎ウイルス検査	判定 ( <input type="checkbox"/> ①・ <input type="checkbox"/> ② ) ⇒感染している可能性が高い 判定 ( <input type="checkbox"/> ③・ <input type="checkbox"/> ④・ <input type="checkbox"/> ⑤ ) ⇒感染している可能性が低い	
陽性だった場合、医師が以下のいずれかにチェックを御記入ください。 <input type="checkbox"/> 肝臓専門医療機関に紹介した。 紹介先医療機関名： _____ <input type="checkbox"/> 当院での継続的な受診を勧めた。 <input type="checkbox"/> その他の指導 _____ 医療機関名： _____ 住 所： _____ 電 話： _____ 担当医： _____		

本検査結果票は、大切に保管して下さい。

### 肝炎ウイルス検査結果票

受付番号 番	受 付 日	年 月 日
	結 果 通 知 日	年 月 日
検査項目	<input type="checkbox"/> B型肝炎 + C型肝炎	<input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎
<b>検査の目的及び確認事項</b> この肝炎ウイルス検査は、千葉県が医療機関に委託している事業です。この問診票及び検査結果が、千葉県に提供されること、検査の結果、「肝炎ウイルスに感染していること」が判明した場合には、早期治療・重症化予防の目的でフォローアップ事業への参加について同意された方へは、申込票記入欄に記載の住所や電話番号に、調査票の送付や電話等で受診確認などの連絡を行います。 検査の目的及び確認事項に了解した上で太枠内の申込票記入欄を御記入ください。		
氏名	男・女	年齢 歳
※千葉市・船橋市・柏市以外の県内市町村に住所のある方が対象となります。 住所 市・郡 区・町 (電話番号) 自宅： — — 携帯： — —		
〈検査理由〉 <input type="checkbox"/> 過去にB型またはC型肝炎ウイルス検査を受けたことがなく、職場での検診や市町村が実施する健康増進法に基づく肝炎ウイルス検査などの受診の機会がないため <input type="checkbox"/> その他(理由の記載：必須) (理由： )		
—陽性者フォローアップ事業への参加について— 上記のとおり、肝炎ウイルス検査を希望します。 なお、結果が陽性だった場合には、千葉県の実施するフォローアップ事業への参加に <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません		
<b>検査結果 (医師記入欄)</b>		
B型肝炎ウイルス検査	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	
C型肝炎ウイルス検査	判定 ( <input type="checkbox"/> ①・ <input type="checkbox"/> ② ) ⇒感染している可能性が高い 判定 ( <input type="checkbox"/> ③・ <input type="checkbox"/> ④・ <input type="checkbox"/> ⑤ ) ⇒感染している可能性が低い	
陽性だった場合、医師が以下のいずれかにチェックを御記入ください。 <input type="checkbox"/> 肝臓専門医療機関に紹介した。 紹介先医療機関名： _____ <input type="checkbox"/> 当院での継続的な受診を勧めた。 <input type="checkbox"/> その他の指導 _____ 医療機関名： _____ 住 所： _____ 電 話： _____ 担当医： _____		