

感染症法に基づく 山形市肝炎ウイルス検査申込書  
(昭和62年4月1日以降に生まれた方)

※検査を希望される方は、太枠内を記載して下さい。

受付番号	受 付 日	令和 年 月 日
番 号	結 果 通 知 日	令和 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	

～検査を受ける方はこちらを必ずお読みください～

この肝炎ウイルス検査は、B型肝炎及びC型肝炎ウイルス感染者・患者を早期発見し、適切な治療に結びつけるため、山形市が医療機関に委託し実施している事業です。  
 そのため、山形市保健所では検査結果が陽性であった方に受診確認等を行うことがあります。  
 また、過去に検査を受けたことがある方については対象となりません。**検査後に受検歴が明らかになった場合は、本検査費用は個人負担となり、検査費用をお支払いいただくことがあります。**

なお、医療保険各法その他の法令に基づく事業において検査を受検する機会のある方及び健康増進法に基づき実施する検査事業の対象となる方については、それぞれの事業で受検してください。

私は、上記について理解した上で肝炎ウイルス検査（B型 C型）を申し込みます。  
 また、この申込書及び検査結果が山形市に提出されることに同意します。

署名（本人・保護者）  
\_\_\_\_\_

受 検 者	ふりがな	_____	性別：	男	・	女
	氏 名	_____	性 別	_____	_____	_____
	生年月日	昭和・平成 年 月 日	_____	_____	_____	( _____ 歳)
	住 所	_____				
	電話番号	_____				

<過去に肝炎ウイルス検査を受けたことがありますか>

ない     分からない  
 ある（ B型 ・ C型 ） \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月頃

<今回検査を受ける理由は何ですか>

過去に肝炎ウイルス検査を受けたことが「ない」または「わからない」ため。  
 輸血を受けたことがある（ \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_のため）。  
 健康診断で過去に肝機能異常を指摘されたことがある。  
 その他（具体的に記入してください）。 \_\_\_\_\_

—担当医署名欄—

受検者は、これまで肝炎ウイルス検査を受けたことが（ ある ・ ない ）  
 上記のとおり、肝炎ウイルス検査の受検歴等を確認したので、検査を実施する。

医療機関名： \_\_\_\_\_ 担当医： \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

—結 果— ※検査医療機関で記入して下さい。

B型肝炎ウイルス検査： 陰性  
 陽性

C型肝炎ウイルス検査： 「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い」  
 「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」  
 判定（ \_\_\_\_\_ ）※別紙1の①～④を記入してください

⇒「陽性」または「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」の場合

【県が指定する専門医療機関の場合】当院での継続的な受診を勧めた。  
 他の医療機関（専門医療機関）に紹介した。 医療機関名： \_\_\_\_\_  
 その他の指導 ※具体的に記入してください。 ( \_\_\_\_\_ )

医療機関名： \_\_\_\_\_ 担当医： \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_