

群馬県肝炎ウイルス検査受診券交付申請書

年 月 日

ふりがな 氏名 (性別)	(男・女)	生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)
住所	群馬県 市 町 郡 村		
電話	*日中、連絡がとれる電話番号をご記入ください。		

☐ ウイルス性肝炎患者等重症化予防推進事業に基づくフォローアップ事業に同意します。
(詳細は、裏面を御覧ください。)

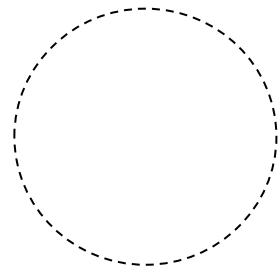
※肝炎ウイルス検査は、次の方が対象です。

群馬県に住所を有し（前橋市・高崎市に住所を有する方を除く。）、肝炎ウイルス検査を希望する者で、次のいずれかに該当しない者とする。

①過去に肝炎ウイルス検査を受けたことがある者

②医療保険各法その他の法令に基づく保健事業等のサービスを受ける際に、合わせて当該肝炎ウイルス検査に相当する検査を受けた者又は当該検査を受けることを予定している者若しくは健康増進事業の対象者

ただし、上記②を結果的に受検できなかった方、又は再検査の必要性のある者を含めるものとする。



保健福祉事務所 記入欄

(受付者：)

☐ 県内に住所を有している（中核市（前橋市・高崎市）を除く）ことを確認した。

確認した書類（番・免・パ・他（ ））

☐ 受診券を交付した。

受診券交付番号	
---------	--

※ 受診券交付番号の付番は、当該年度の二桁、続いて保健所番号の二桁に加え3桁の連番を付し、7桁の番号を付番することとする。受診券交付番号は、重複しないものとする。

【フォローアップ事業】

（目的）この事業は、「ウイルス性肝炎患者等の重症化予防推進事業の実施について（平成26年3月31日健肝発0331第1号厚生労働省健康局疾病対策課肝炎対策推進室長通知）」に基づき、肝炎ウイルス陽性者のフォローアップを行うことにより陽性者を早期に治療につなげ、ウイルス性肝炎患者等の重症化予防を図ることを目的とする。

1 対象者

県内に住所を有し、以下のいずれかの要件に該当する者

- （1） 肝炎ウイルス検査により「陽性」又は「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」と判定された者（以下「陽性者」という。）
- （2） B型・C型肝炎ウイルスの感染を原因とする慢性肝炎、肝硬変及び肝がん患者（治療後の経過観察を含む）
- （3） その他希望する者で県が認めた者

2 実施方法

参加同意を得られた者について、調査票（別紙様式4）により、定期的（概ね年1回）に受診状況等の確認を行うとともにウイルス性肝炎に関する情報提供を行うものとする。