

04 千葉市肝炎ウイルス検診受診記録票

有効期限 令和5年2月28日

健康支援課提出用

住 所 (住民票 表記のもの)	〒 千葉市 区				
フリガナ 氏 名					
生年月日	M・T S	年	月	日	性別 男・女
電話番号	(携帯電話など平日、日中の連絡先)				
	- -				

〈医療機関の方をお願いします。〉
医療機関は、ここに受診券シールを貼ってください。
←※受診者が記入した左の太枠の住所等の記載に、漏れがないか確認をしてください。

検診費用	無 料
22	124

医療機関コード	
医 療 機 関 名	
所在地	
医師名	印
※千葉市肝炎ウイルス検診登録医師名を記入 (自署しない時は押印が必要)	

肝炎ウイルス検診は、肝炎ウイルス陽性者を早期に発見し、治療に結びつけることを目的としています。
現在または過去に肝炎の治療を受けている方は、治療、定期検査を受けることを優先してください。
(検診の対象とはなりません。)

次の項目に○印または記入をしてください。	
輸血経験	1 ある (歳頃) 2 なし
手術経験	1 ある (歳頃) 2 なし
肝臓疾患について	1 過去も現在も治療したことがない
	2 現在治療中である
	3 過去に治療をした、または指摘を受けたことがある
	1 肝機能異常
	2 肝炎
	3 肝硬変
	4 その他 ()
	1 肝機能異常
	2 肝炎
	3 肝硬変
	4 その他 ()

肝炎ウイルス検診の目的等を理解した上で検査を希望しますか。

B型肝炎ウイルス(HBs抗原)検査	1 希望する 2 希望しない
C型肝炎ウイルス検査	1 希望する 2 希望しない

B型肝炎ウイルス(HBs抗原)検査

陽 性	陰 性
医療機関の受診を強く勧めます。一度は専門医を受診しましょう。 ※フォローアップ事業へ	今回検査を受けた日を覚えておきましょう。自覚症状などがあれば、再度検査を受けましょう。

C型肝炎ウイルス検査

HCV抗体検査			
1 高力価	2 中力価	3 低力価	4 陰 性
HCV-RNA検査			
陽 性		陰 性	
現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い 医療機関の受診を強く勧めます。一度は専門医を受診しましょう。 ※フォローアップ事業へ		現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い 今回検査を受けた日を覚えておきましょう。自覚症状などがあれば、再度検査を受けましょう。	

医師記入欄

受 診 年 月 日 (西暦)		採血同時実施
2 0 年 月 日		
ウ イ ル ス 検 査	HCV抗体検査が 中力価・低力価 の場合	HCV-RNA検査 ※実施し、○をつける 1 実施した 検査値(/ml)
判 定	B型肝炎ウイルス (HBs抗原)	1 陽 性 2 陰 性
	C型肝炎ウイルス	1 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い 2 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い
陽性者への対応 肝炎セットを受診者へ渡し、精密検査の受診勧奨を行った。 <input type="checkbox"/>		

※陽性者フォローアップ事業(詳細は裏面参照)

判定が「陽性」または「感染している可能性が高い方」を対象とした事業です。同意の有無の記載は検査の前後を問いません。(陰性または感染の可能性が低い方は対象外となります。)

「陽性者フォローアップ事業」の説明を読み、内容を確認した結果、事業の参加に

☐ 同意する ☐ 同意しない

※判定のいずれかまたは両方に「1」がある方は必ずご記入ください。

04 千葉市肝炎ウイルス検診受診記録票

有効期限 令和5年2月28日

医療機関控

住 所 (住民票 表記のもの)	〒 千葉市 区				
フリガナ 氏 名					
生年月日	M・T S	年	月	日	性別 男・女
電話番号	(携帯電話など平日、日中の連絡先)				
	- -				

〈医療機関 確認事項〉

←※受診者が記入した左の太枠の住所等の記載に、漏れがないか確認をしてください。

検診費用

無 料

22

124

医 療
機関名

所在地

医師名

※千葉市肝炎ウイルス検診登録医師名を記入

肝炎ウイルス検診は、肝炎ウイルス陽性者を早期に発見し、治療に結びつけることを目的としています。

現在または過去に肝炎の治療を受けている方は、治療、定期検査を受けることを優先してください。

(検診の対象とはなりません。)

次の項目に○印または記入をしてください。

輸血経験	1 ある (歳頃)	2 なし
手術経験	1 ある (歳頃)	2 なし
肝臓疾患について	1 過去も現在も治療したことがない	
	2 現在治療中である	1 肝機能異常
		2 肝炎
		3 肝硬変
		4 その他 ()
	3 過去に治療をした、または指摘を受けたことがある	1 肝機能異常
		2 肝炎
		3 肝硬変
		4 その他 ()

肝炎ウイルス検診の目的等を理解した上で検査を希望しますか。

B型肝炎ウイルス(HBs抗原)検査	1 希望する	2 希望しない
C型肝炎ウイルス検査	1 希望する	2 希望しない

B型肝炎ウイルス(HBs抗原)検査

陽 性	陰 性
医療機関の受診を強く勧めます。一度は専門医を受診しましょう。 ※フォローアップ事業へ	今回検査を受けた日を覚えておきましょう。自覚症状などがあれば、再度検査を受けましょう。

C型肝炎ウイルス検査

HCV抗体検査			
1 高力価	2 中力価	3 低力価	4 陰 性
HCV-RNA検査			
陽 性		陰 性	
現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い 医療機関の受診を強く勧めます。一度は専門医を受診しましょう。 ※フォローアップ事業へ		現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い 今回検査を受けた日を覚えておきましょう。自覚症状などがあれば、再度検査を受けましょう。	

医師記入欄

受 診 年 月 日 (西暦)		採血同時実施
2 0 年 月 日		
ウイルス検査 C型肝炎	HCV抗体検査が 中力価・低力価 の場合	HCV-RNA検査 ※実施し、○をつける 1 実施した 検査値(/ml)
判 定	B型肝炎ウイルス (HBs抗原)	1 陽 性 2 陰 性
	C型肝炎ウイルス	1 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い 2 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い
陽性者への対応 肝炎セットを受診者へ渡し、精密検査の受診勧奨を行った。 <input type="checkbox"/>		

※陽性者フォローアップ事業(詳細は裏面参照)

判定が「陽性」または「感染している可能性が高い方」を対象とした事業です。同意の有無の記載は検査の前後を問いません。(陰性または感染の可能性が低い方は対象外となります。)

「陽性者フォローアップ事業」の説明を読み、内容を確認した結果、事業の参加に

☐ 同意する

☐ 同意しない

※判定のいずれかまたは両方に「1」がある方は必ずご記入ください。

04 千葉市肝炎ウイルス検診受診記録票

有効期限 令和5年2月28日

本人控

住 所 (住民票 表記のもの)	〒 千葉市 区				
フリガナ 氏 名					
生年月日	M・T S	年	月	日	性別 男・女
電話番号	(携帯電話など平日、日中の連絡先)				
	- -				

〈医療機関 確認事項〉
←※受診者が記入した左の太枠の住所等の記載に、漏れがないか確認をしてください。

検診費用		
無 料		
22	124	

医 療 機関名	
所在地	
医師名	印
(自署しない時は押印が必要)	

肝炎ウイルス検診は、肝炎ウイルス陽性者を早期に発見し、治療に結びつけることを目的としています。
現在または過去に肝炎の治療を受けている方は、治療、定期検査を受けることを優先してください。
(検診の対象とはなりません。)

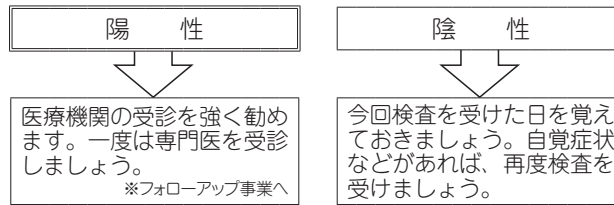
次の項目に○印または記入をしてください。

輸血経験	1 ある (歳頃)	2 なし
手術経験	1 ある (歳頃)	2 なし
肝臓疾患について	1 過去も現在も治療したことがない	
	2 現在治療中である	1 肝機能異常
		2 肝炎
		3 肝硬変
		4 その他 ()
	3 過去に治療をした、または指摘を受けたことがある	1 肝機能異常
		2 肝炎
		3 肝硬変
		4 その他 ()

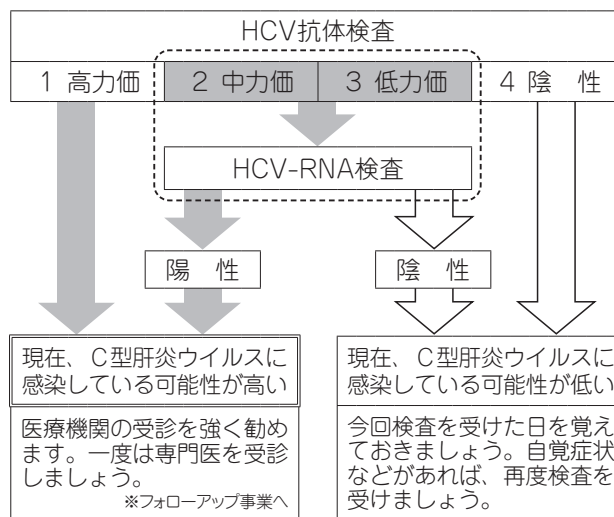
肝炎ウイルス検診の目的等を理解した上で検査を希望しますか。

B型肝炎ウイルス(HBs抗原)検査	1 希望する	2 希望しない
C型肝炎ウイルス検査	1 希望する	2 希望しない

B型肝炎ウイルス(HBs抗原)検査



C型肝炎ウイルス検査



医師記入欄

受 診 年 月 日 (西暦)		採血同時実施							
2 0 年 月 日									
ウ イ ル ス 検 査	C型肝炎 HCV抗体検査が 中力価・低力価 の場合	HCV-RNA検査 ※実施し、○をつける 1 実施した 検査値(/ml)							
	判定	<table border="1"> <tr> <td>B型肝炎ウイルス(HBs抗原)</td> <td>1 陽 性</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2 陰 性</td> </tr> <tr> <td>C型肝炎ウイルス</td> <td>1 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い</td> </tr> </table>	B型肝炎ウイルス(HBs抗原)	1 陽 性		2 陰 性	C型肝炎ウイルス	1 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い	
B型肝炎ウイルス(HBs抗原)	1 陽 性								
	2 陰 性								
C型肝炎ウイルス	1 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い								
	2 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い								
陽性者への対応 肝炎セットを受診者へ渡し、精密検査の受診勧奨を行った。 <input type="checkbox"/>									

※陽性者フォローアップ事業(詳細は裏面参照)

判定が「陽性」または「感染している可能性が高い方」を対象とした事業です。同意の有無の記載は検査の前後を問いません。(陰性または感染の可能性が低い方は対象外となります。)

「陽性者フォローアップ事業」の説明を読み、内容を確認した結果、事業の参加に

☐ 同意する ☐ 同意しない

※判定のいずれかまたは両方に「1」がある方は必ずご記入ください。

肝炎ウイルス検診を受診された方へ

★検診の結果を知りましょう。

検診を受けた医療機関から結果について説明を聞きましょう。

「判定」は以下のうちどれでしたか？

- | | |
|---------------------|--|
| B型肝炎ウイルス
(HBs抗原) | <input type="checkbox"/> 陽性……………→ ①へ |
| | <input type="checkbox"/> 陰性……………→ ②へ |
| C型肝炎ウイルス | <input type="checkbox"/> 現在、C型肝炎ウイルスに感染している
可能性が高い……………→ ①へ |
| | <input type="checkbox"/> 現在、C型肝炎ウイルスに感染している
可能性が低い……………→ ②へ |

①B型肝炎ウイルス(HBs抗原)が「陽性」の方及び 「C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」の方

医療機関の受診を強く勧めます。まずは専門医を受診しましょう。また、肝炎ウイルスに感染していた場合、自覚症状がないまま病気が進行し、重症化する恐れがあります。そのため、すぐに治療の必要がない場合でも定期的に医療機関を受診し、ご自身の状態を確認することが重要です。

◆陽性者フォローアップ事業

市では、今回の検査で「陽性」「感染の可能性が高い」と判定された方に対して、精密検査を受け、治療や定期的に受診することで、病気の重症化を防ぐための支援として、「陽性者フォローアップ事業」を実施しています。事業に参加するには、同意が必要であり、同意された方には、数年をめやすに、調査票や電話等で、受診状況や治療内容の確認をさせていただきます。また、参加された方は、下記の「検査費用助成事業」が利用できます。

◆検査費用助成事業

県では、上記フォローアップ事業に参加し、指定医療機関で精密検査を受診した方を対象に、検査費用の助成事業を実施しています。

◆精密検査受診状況の報告

検査結果と一緒に医療機関から渡される封筒内に調査票が入っています。陽性者フォローアップ事業の参加の有無にかかわらず、精密検査受診後、または今回の結果判明後3か月をめやすに、調査票に記入し、健康支援課へ郵送してください。

②B型肝炎ウイルス(HBs抗原)が「陰性」の方及び 「C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い」の方

今回検査を受けた日を覚えておきましょう。
自覚症状などがあれば、すぐに医療機関を受診してください。

B型肝炎ウイルス(HBs抗原)検査・C型肝炎ウイルス検査の結果について、以下の説明をお読みになり、ご自身の肝炎ウイルス感染の状況を認識し、今後の生活にお役立て下さい。

★B型肝炎とは

B型肝炎ウイルスは、主として感染している人の血液が他人の血液の中に入ることによって感染します。また、感染している人の血液中のB型肝炎ウイルスの量が多い場合は、その人の体液などを介して感染することがあります。感染しても自覚症状がでない場合もあり、肝機能検査の数値が正常でも、突然がんになることがあります。専門医と相談し、治療や定期検査を受ける必要があります。

★C型肝炎とは

C型肝炎ウイルスは、主として感染している人の血液が他人の血液の中に入ることによって感染します。C型肝炎ウイルスに感染した場合、約70%の人が持続感染者(C型肝炎ウイルスキャリア)となりますが、自覚症状が出ない場合もあり、放置すると本人が気づかないうちに、慢性肝炎・肝硬変・肝がんへと進行する場合がありますので注意が必要です。近年、C型肝炎の薬は急速に進歩し、飲み薬だけで肝炎ウイルスを治療できるようになりました。

★肝炎ウイルスの感染を予防

自分の血液を他人に触れさせないことや、他人の血液に直接触れないことが大切です。

例えば…

- ・歯ブラシ、カミソリなど血液が付いている可能性のあるものを共用しない。
- ・他人の血液に触れるときは、ゴム手袋を着ける。

健康に関する相談先

各区保健福祉センター健康課では、生活習慣病予防等の健康相談の他、禁煙サポート(たばこをやめたい方の個別相談)を行っています。また、健康課から健康に関する講演会等のご案内をさせていただくことがありますので、ご了承ください。

健康課の情報は、先にお届けした「がん検診等のご案内」をご覧ください。

検査の結果は集計して公表される場合がありますので、ご了承の上、ご受診願います。ただし、公表にあたっては、集計された数値だけが公表され、名前など個人情報に関することは、一切公表されません。

【検診に関する問い合わせ先】

千葉市保健福祉局健康福祉部健康支援課
TEL 043-238-1794 FAX 043-238-9946