

肝炎ウイルス検査受検票

【松山市保存用】

松山市受付番号

必ずお読みください。

松山市が実施する肝炎ウイルス検査について

肝炎ウイルス検査受検票 (記入例)

私は、上記の内容を確認したうえで、「肝炎ウイルス検査」を希望します。

受検者(自署)

※ 枠内は全てボールペンで記入してください。

平成 年 月 日

住所	〒 (790 - 0813) 松山市 萱町6丁目30-5		
氏名	えひめ はなこ 愛媛 花子	性別	男性 ・ <input checked="" type="radio"/> 女性
生年	大正 <input checked="" type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成	40 年 4 月 1 日生	(54) 歳
携帯番号	(携帯可) 0 8 9 - 1 2 3 - 4 5 6 7		
① 肝臓病にかかったことや肝機能が悪いといわれたことがありますか。	はい (年頃)	<input checked="" type="radio"/> いいえ	
② 広範な外科的処置(大きな手術など)を受けたことがありますか。	はい (年頃)	<input checked="" type="radio"/> いいえ	
③ (女性のみ) 妊娠歴がありますか。	はい (年頃)	<input checked="" type="radio"/> いいえ	
④ その他、検査を受けたことがありますか。			
⑤ これまでに、肝炎ウイルスの検査を受けたことがありますか。	はい (B型検査 ・ C型検査)	<input checked="" type="radio"/> いいえ	

必要事項を
ボールペンで
濃く記入して
ください。

①～⑤について
「はい」か「いいえ」の該当するほうに
○をつけてください。
()内に年数を記入してください。

医療機関記入

受付日	平成 年 月 日	整理番号	番
医療機関名			
検査種類	<input type="checkbox"/> B型肝炎検査 及び C型肝炎検査	<input type="checkbox"/> B型肝炎検査	<input type="checkbox"/> C型肝炎検査
検査結果	B型肝炎ウイルス検査の結果	/	HBs抗原 (+ ・ -)
	C型肝炎ウイルス検査の結果	/	判定理由 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
指導内容	<ul style="list-style-type: none"> 異常なし 要精密検査 当院で実施 (B型・C型) 他院を紹介 (医療機関名 :) 		
担当医師名	医師 :		