

# 肝炎ウイルス検査受検票

【松山市保存用】

松山市受付番号

有効期限：令和9年3月31日まで

(有効期限内にお受けください。)

必ずお読みください。

有効期限を確認してください。

松山市が実施する肝炎ウイルス検査

## 肝炎ウイルス検査受検票 (記入例)

※  
○  
○  
○  
○  
○  
○

○ ご不明な点がございましたら、松山市保健所保健予防課感染症対策担当911-1815まで御連絡ください。

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。

記入日：令和 8 年 5 月 1 日

|                                   |  |                                      |                             |  |
|-----------------------------------|--|--------------------------------------|-----------------------------|--|
| 住所                                | 〒 ( 790 - 0813 )<br>松山市 萱町6丁目30-5  |                                      |                             |  |
| ふりがな                              | まつやま はなこ   |                                      | 性別                          | 男性 ・ <input checked="" type="radio"/> 女性 |
| 氏名                                | 松山 花子  |                                      |                             |  |
| 生年月日・年齢                           | 大正 <input checked="" type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和 41 年 4 月 2 日生 ( 60 歳) |                                      |                             |  |
| 電話番号                              | (携帯可) 089-123-4567   |                                      |                             |  |
| 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。  | <input checked="" type="radio"/> はい  | 年頃                                   | ・ <input type="radio"/> いいえ |  |
| 妊娠・分娩時に多量の出血をしたことがありますか。          | <input checked="" type="radio"/> はい  | 年頃                                   | ・ <input type="radio"/> いいえ |  |
| 検査を希望する理由                         |  |                                      |                             |  |
| B型肝炎ウイルス検査もしくは、C型肝炎ウイルス検査を希望します。  | <input checked="" type="radio"/> はい ( B型検査 ・ C型検査 )  |                                      |                             |  |

必要事項を  
ボールペンで  
濃く記入して  
ください。

血液検査実施日を  
記入してください。

整理番号は、通し番号を記入してください。  
“連名簿”の整理番号と同じ番号を記入してください。

医療機関記入

|       |  |  |   |
|-------|--|--|---|
| 検査日   | 令和 8 年 5 月 2 日   | 整理番号   | 1 番   |
| 医療機関名 | 〇〇クリニック  | 発行時に、対象外の検査を二重線で削除している場合があります。                         |   |
| 検査種類  | <input checked="" 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 <input checked="" type="checkbox"/> 陽性   | HBs抗原 ( + ・ <input checked="" type="radio"/> - )       | 判定理由 1 ・ <input checked="" type="radio"/> 2 ・ 3 ・ 4 |
| 指導内容  | <input checked="" type="radio"/> 要精密検査 <input type="checkbox"/> 当院で実施<br><input checked="" type="radio"/> ( B型 ・ C型 ) <input checked="" type="checkbox"/> 他院を紹介 (医療機関名 〇〇病院) | HCV抗体検査により、中力価及び低力価とされた検体は、HCV核酸増幅検査を行い、2か3の判定をしてください。 |   |
| 担当医師名 | 医師 : 〇〇太郎  |  |   |

「松山市肝炎ウイルス検査の流れ」の  
4.結果説明 2)陽性者への対応  
を参考にしてください。