

# ウイルス性肝炎精密検査報告書

年 月 日

医療機関名

住 所

医 師 氏 名

|       |               |
|-------|---------------|
| 氏 名   | ( 男 ・ 女 )     |
| 生年月日  | 年 月 日 生 ( ) 歳 |
| 検査受検日 | 年 月 日         |

精密検査担当医師の方は、松山市肝炎ウイルス検査の精密検査報告に御協力いただきますようお願いいたします。

目的 ◎必要に応じて保健指導を行うなど個人の健康管理に役立てます。

◎ 精密検査に関する統計を分析することにより、今後の肝炎ウイルス検査や肝疾患対策に活かすものとします。

◎ プライバシーには十分配慮いたします。

|               |                |
|---------------|----------------|
| 結果報告に関する本人の同意 | 1.有 2.受診年月日のみ有 |
|---------------|----------------|

**秘**

肝炎ウイルス精密検査結果報告書

|                  |                                                                                                                                                                |           |           |           |     |        |     |     |  |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----|--------|-----|-----|--|
| 精密検査受診年月日        | 年 月 日                                                                                                                                                          |           |           |           |     |        |     |     |  |
| 診断名 (日本語)        |                                                                                                                                                                |           |           |           |     |        |     |     |  |
| 精密検査結果           | ① 血液検査 (数値を記入してください)                                                                                                                                           |           |           |           |     |        |     |     |  |
|                  | <table border="1"> <tr> <td>AST (GOT)</td> <td></td> <td>ALT (GPT)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>血小板数</td> <td></td> <td>AFP</td> <td></td> </tr> </table>     | AST (GOT) |           | ALT (GPT) |     | 血小板数   |     | AFP |  |
|                  | AST (GOT)                                                                                                                                                      |           | ALT (GPT) |           |     |        |     |     |  |
|                  | 血小板数                                                                                                                                                           |           | AFP       |           |     |        |     |     |  |
|                  | ② 超音波検査所見 異常なし<br>所見あり ( )                                                                                                                                     |           |           |           |     |        |     |     |  |
|                  | ③ HCV 関連所見                                                                                                                                                     |           |           |           |     |        |     |     |  |
|                  | <table border="1"> <tr> <td>HCV-RNA</td> <td>法 :</td> </tr> </table>                                                                                           | HCV-RNA   | 法 :       |           |     |        |     |     |  |
|                  | HCV-RNA                                                                                                                                                        | 法 :       |           |           |     |        |     |     |  |
|                  | ④ HBV 関連所見                                                                                                                                                     |           |           |           |     |        |     |     |  |
|                  | <table border="1"> <tr> <td>HBs 抗原</td> <td>法 :</td> </tr> <tr> <td>HBe 抗原</td> <td>法 :</td> </tr> <tr> <td>HBe 抗体</td> <td>法 :</td> </tr> </table>            | HBs 抗原    | 法 :       | HBe 抗原    | 法 : | HBe 抗体 | 法 : |     |  |
| HBs 抗原           | 法 :                                                                                                                                                            |           |           |           |     |        |     |     |  |
| HBe 抗原           | 法 :                                                                                                                                                            |           |           |           |     |        |     |     |  |
| HBe 抗体           | 法 :                                                                                                                                                            |           |           |           |     |        |     |     |  |
| ⑤ その他検査所見<br>( ) |                                                                                                                                                                |           |           |           |     |        |     |     |  |
| 今後の方針            | <input type="checkbox"/> 経過観察 ( ケ月毎)<br><input type="checkbox"/> 要治療<br>(①内服 ②注射 ③IFN 療法 ④核酸アナログ製剤療法<br>⑤その他 )<br><input type="checkbox"/> その他<br>(紹介先医療機関 : ) |           |           |           |     |        |     |     |  |

※ HCV 抗体検査が陽性で高力価の場合には、精密検査で HCV - RNA 検査をお願いいたします。その他の精密検査方法については必須検査ではありませんので、貴院で検査された結果をご記入ください。