

整理番号		有効期間	令和元年11月～令和2年2月末日	
ふりがな		性別	男・女	
氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日(歳)	
住所	〒(-) ※奈良市在住の方は対象外です			
電話番号	自宅 : - - 携帯 : - -			
<p>本検査内容が奈良県及び県保健所に提出され、奈良県の個人情報保護基準により、奈良県の肝炎対策に活用されることに同意します。</p> <p>本検査受検の有無を居住市町村に情報提供されることに同意します。※1</p> <p>本検査で陽性と判明した際には居住地を管轄する保健所から連絡が入ることに同意します。 (※右に必ず自署してください。自 署: <input type="text"/>)</p>				
検査項目	B型肝炎+C型肝炎			
検査日	令和	年	月	日
	本人への 結果通知日		令和	年
	月	日		
<p><結 果></p> <p>HBs抗原検査 : 陰性 ・ 陽性</p> <p>HCV抗体検査 : 陰性 ・ 低力価 ・ 中力価 ・ 高力価</p> <p>HCV核酸増幅検査 : 陰性</p> <p>判 定 : 判定① ・ 判定② 判定③ 判定④</p> <p><判定の説明></p> <p>判定①はHCV抗体高力価</p> <p>判定②はHCV抗体中力価or低力価で、HCV核酸増幅検査が陽性 判定①または②…「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</p> <p>判定③はHCV抗体中力価or低力価で、HCV核酸増幅検査が陰性</p> <p>判定④はHCV抗体陰性 判定③または④…「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い」と判定</p> <p>医療機関所在地:</p> <p>医療機関名 :</p> <p>担当医: _____ (印) (自署または記名押印)</p>				

本人記入欄

医療機関記入欄

- ※1 検査結果について市町村に情報提供することはありません。
- ※2 この受診票を利用できる医療機関は、奈良県と契約した協力医療機関に限られます。
- ※3 協力医療機関は、この受診票に検査結果を記入のうえ、請求書を添付して県疾病対策課に提出してください。

整理番号		有効期間	令和元年11月～令和2年2月末日	
ふりがな		性別	男・女	
氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日(歳)	
住 所	〒(-) ※奈良市在住の方は対象外です			
電話番号	自宅 : - - 携帯 : - -			
<p>本検査内容が奈良県及び県保健所に提出された奈良県の個人情報保護基準により、奈良県の肝炎対策に活用されることに同意します。</p> <p>本検査受検の有無を居住市町村に情報提供することに同意します。※1</p> <p>本検査で陽性と判明した際には居住地を管轄する保健所から連絡が入ることに同意します。 (※右に必ず自署してください。自 署: <input type="text"/>)</p>				
検査項目	B型肝炎+C型肝炎			
検査日	令和	年	月	日
	本人への 結果通知日		令和	年
	月	日		
<p><結 果></p> <p>HBs抗原検査 : 陰性・陽性</p> <p>HCV抗体検査 : 陰性・陽性・中力価・高力価</p> <p>HCV核酸増幅検査 : 陰性・陽性</p> <p>判 定 : 判定① 判定② 判定③ 判定④</p> <p><判定の説明></p> <p>判定①はHCV抗体高力価</p> <p>判定②はHCV抗体中力価or低力価で、HCV核酸増幅検査が陽性 判定①または②…「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</p> <p>判定③はHCV抗体中力価or低力価で、HCV核酸増幅検査が陰性</p> <p>判定④はHCV抗体陰性 判定③または④…「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い」と判定</p> <p>医療機関所在地:</p> <p>医療機関名 :</p> <p>担当医: _____ (印) (自署または記名押印)</p>				

本人記入欄

医療機関記入欄

- ※1 検査結果について市町村に情報提供することはありません。
- ※2 この受診票を利用できる医療機関は、奈良県と契約した協力医療機関に限られます。
- ※3 協力医療機関は、この受診票に検査結果を記入のうえ、請求書を添付して県疾病対策課に提出してください。

整理番号		有効期間	令和元年11月～令和2年2月末日	
ふりがな		性別	男・女	
氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日(歳)	
住 所	〒(-) ※奈良市在住の方は対象外です			
電話番号	自宅 : - - 携帯 : - -			
<p>本検査内容が奈良県及び県保健所に提出され、奈良県の個人情報保護基準により、奈良県の肝炎対策に活用されることに同意します。</p> <p>本検査受検の有無を居住市町村に情報提供されることに同意します。※1</p> <p>本検査で陽性と判明した際には居住地を管轄する保健所から連絡が入ることに同意します。 (※右に必ず自署してください。自 署: <input type="text"/>)</p>				
検査項目	B型肝炎+C型肝炎			
検査日	令和	年	月	日
	本人への 結果通知日	令和	年	月
		日		日
<p><結 果></p> <p>HBs抗原検査 : 陰性</p> <p>HCV抗体検査 : 陰性 ・ 低力価 ・ 中力価 ・ 高力価</p> <p>HCV核酸増幅検査 : 陰性</p> <p>判 定 : 判定① 判定② 判定③ 判定④</p> <p><判定の説明></p> <p>判定①はHCV抗体高力価</p> <p>判定②はHCV抗体中力価or低力価で、HCV核酸増幅検査が陽性 判定①または②…「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</p> <p>判定③はHCV抗体中力価or低力価で、HCV核酸増幅検査が陰性</p> <p>判定④はHCV抗体陰性 判定③または④…「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い」と判定</p> <p>医療機関所在地:</p> <p>医療機関名 :</p> <p>担当医: _____ (印) (自署または記名押印)</p>				

本人記入欄

医療機関記入欄

- ※1 検査結果について市町村に情報提供することはありません。
- ※2 この受診票を利用できる医療機関は、奈良県と契約した協力医療機関に限られます。
- ※3 協力医療機関は、この受診票に検査結果を記入のうえ、請求書を添付して県疾病対策課に提出してください。

整理番号		有効期間	令和元年11月～令和2年2月末日	
ふりがな		性別	男・女	
氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日(歳)	
住 所	〒(-) ※奈良市在住の方は対象外です			
電話番号	自宅 : - - 携帯 - -			
<p>本検査内容が奈良県及び県保健所に提出され、奈良県の個人情報保護基準により、奈良県の肝炎対策に活用されることに同意します。</p> <p>本検査受検の有無を居住市町村に情報提供されることに同意します。※1</p> <p>本検査で陽性と判明した際には居住地を管轄する保健所から連絡が入ることに同意します。 (※右に必ず自署してください。自 署: <input type="text"/>)</p>				
検査項目	B型肝炎+C型肝炎			
検査日	令和	年	月	日
	本人への 結果通知日		令和	年
	月	日		
<p><結 果></p> <p>HBs抗原検査 : 陰性 ・ 陽性</p> <p>HCV抗体検査 : 陰性 ・ 陽性 中力価 ・ 高力価</p> <p>HCV核酸増幅検査 : 陰性 ・ 陽性</p> <p>判 定 : 判定① 判定② 判定③ 判定④</p> <p><判定の説明></p> <p>判定①はHCV抗体高力価</p> <p>判定②はHCV抗体中力価or低力価で、HCV核酸増幅検査が陽性 判定①または②…「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</p> <p>判定③はHCV抗体中力価or低力価で、HCV核酸増幅検査が陰性</p> <p>判定④はHCV抗体陰性 判定③または④…「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い」と判定</p> <p>医療機関所在地:</p> <p>医療機関名 :</p> <p>担当医: _____ (印) (自署または記名押印)</p>				

本人記入欄

医療機関記入欄

- ※1 検査結果について市町村に情報提供することはありません。
- ※2 この受診票を利用できる医療機関は、奈良県と契約した協力医療機関に限られます。
- ※3 協力医療機関は、この受診票に検査結果を記入のうえ、請求書を添付して県疾病対策課に提出してください。