

# 肝炎ウイルス検診等実施要領

## 1. 目的

肝炎対策の一環として、肝炎ウイルスに関する正しい知識を普及させるとともに、肝炎ウイルス検診の受診促進を図り、もって住民が自身の肝炎ウイルス感染の状況を認識し、必要に応じて保健指導等を受け、医療機関で受診することにより肝炎による健康障害の回避、症状の軽減、又は進行の遅延を図ることを目的とする。

## 2. 実施主体等

実施主体は市町村とする。

## 3. 検診対象者

- (1) 当該市町村の区域内に居住地を有し、当該年度において満 40 歳となる者（ただし、医療保険各法その他の法令等に基づく保健事業等のサービスを受ける際に、合わせて当該肝炎ウイルス検診に相当する検診を受けた者又は受けることを予定している者は除くものとするが、結果的に受けられなかった者については、この限りではない。）。
- (2) 当該市町村の区域内に居住地を有し、当該年度において満 41 歳以上となる者であって、過去に当該肝炎ウイルス検診に相当する検診を受けたことがなく、かつ本検診の受診を希望する者。

なお、当該年度の高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号）に基づく特定健康診査及びその他の法令に基づき行われる特定健康診査に相当する健康診断（以下「特定健診等」という。）において肝機能検査の数値に異常がみられた者であり、かつ本検診の受診を希望する者については、過去に当該肝炎ウイルス検診に相当する検診を受けた者であっても受診することができるが、原則として速やかに医療機関での受診を勧奨するものとする。

## 4. 実施に当たっての基本的事項

- (1) 肝炎ウイルス検診の実施方法、実施時期、実施場所等の実施計画を作成する。実施計画の作成に当たっては、地域の医師会等の理解と協力を得るとともに、医療機関、検診団体、検査機関等と十分に調整を図る。
- (2) 肝炎ウイルス検診の実施方法、実施時期、実施場所については、特定健診等を行う保険者との調整・協議を行うなど地域の実情を十分に考慮し、受診しやすい方法、時期、場所を選定する。
- (3) 肝炎ウイルス検診及び陽性者のフォローアップは、実施体制、精度管理の状況等から判断して適当と認められる実施機関に委託することができる。
- (4) 肝炎ウイルス検診の実施に当たっては、広報等によりその意義や実施の日時、場所、方法等に加え、特定健診等の対象者であっても、本検診の対象者となりうることをあらかじめ十分に地域住民に対し周知徹底する。
- (5) 肝炎ウイルス検診の更なる受診促進を図るため、地域における実施状況等を踏まえ、特定健診等他検診で行う個別通知の案内等と併せて通知等を配布することにより、受診の勧奨を行うことができるものとする。

なお、個別通知の方法等については、連携する他検診の担当部局等と協議の上行うものとし、個別勧奨に用いる様式は別紙 1 又はそれに準じる内容で作成されるものと

する。

- (6) 肝炎ウイルス検診の更なる受診促進を図るため、当該年度において、原則として40歳以上で5歳刻みの年齢に達する者が肝炎ウイルス検診を受けた場合の費用については、受診者からは徴収しないことができるものとする。なお、実施する場合に一層の効果を上げるため、前項にある連携での個別通知の実施も併せて行われることが望ましい。
- (7) その他、肝炎ウイルスに関する正しい知識の普及や個人のプライバシーの保護、医療機関との連携など、肝炎ウイルス検診を円滑に行うことができるよう体制の整備に努める。

## 5. 実施内容

肝炎ウイルス検診の項目は、問診、B型肝炎ウイルス検査及びC型肝炎ウイルス検査とする。

### (1) 問診（別紙2参照）

問診においては、過去に肝機能異常を指摘されたことがあるか否か、現在B型及びC型肝炎の治療を受けているか否かなどについて、聴取すること。また、その際に、肝炎ウイルス検診についての説明を行い、肝炎ウイルス検診の実施についての受診者本人の同意を必ず得ること。

### (2) B型肝炎ウイルス検査

#### ・ HBs抗原検査

凝集法等による定性的な判断のできる検査方法を用いること。なお、特定健診等と同時に採血する場合は、一般生化学検査と同じ採血管を使用しても差し支えないこと。

### (3) C型肝炎ウイルス検査

#### ア HCV抗体検査

HCV抗体検査として体外診断用医薬品の承認を受けた測定範囲が広く、高力価群、中力価群、低力価群に適切に分類することが出来るHCV抗体測定系を用いること。なお、特定健診等と同時に採血する場合は、一般生化学検査と同じ採血管を使用しても差し支えないこと。

#### イ HCV核酸増幅検査

HCV抗体検査により、中力価及び低力価と分類された検体に対して行うこと。なお、この場合、他の採血管とは別に核酸増幅検査用の採血管を使用すること。

#### ウ HCV抗体の検出

HCV抗体の検出として体外診断用医薬品の承認を受けた定性的な判断のできる検査方法を用いること。なお、特定健診等と同時に採血する場合は、一般生化学検査と同じ採血管を使用しても差し支えないこと。本検査は省略することができる。

## 6. 結果の判定（別紙3参照）

### (1) B型肝炎ウイルス検査

#### ・ HBs抗原検査

凝集法等を用いて、HBs抗原の検出を行い、陽性又は陰性の別を判定。

ただし、HBs抗原検査は、B型肝炎ウイルスの感染の有無を直接判定することが難しい場合があることに留意すること。

### (2) C型肝炎ウイルス検査

#### ア HCV抗体検査

(ア) HCV抗体高力価

検査結果が高力価を示す場合は、「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。

(イ) HCV抗体中力価及び低力価

検査結果が中力価及び低力価を示す場合は、HCV核酸増幅検査を行うこと。

(ウ) 陰性

各検査法でスクリーニングレベル以下を示す場合は、「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。

イ HCV核酸増幅検査

HCV抗体検査により、中力価及び低力価とされた検体に対して、核酸増幅検査を行い、HCV-RNAの検出を行い、検出された場合は「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、検出されない場合は「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。

ウ HCV抗体の検出

HCV抗体の検出として体外診断用医薬品の承認を受けた定性的な判断のできる検査方法を用いて、HCV抗体の検出を行い、陽性又は陰性の別を判定。陽性を示す場合は、HCV抗体検査を必ず行うこと。陰性を示す場合は、「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。

なお、いずれの検査についても、その結果の判定に当たっては、検診に携わる医師が行うものであること。

## 7. 指導区分

HBs抗原検査において「陽性」と判定された者（以下、「B型肝炎精密検査該当者」という。）及びC型肝炎ウイルス検査において「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」と判定された者（以下、「C型肝炎精密検査該当者」という。）については、医療機関への受診（精密検査の受診）を勧奨する。

なお、医師が必要と判断した者については、必要な指導あるいは医療機関への受診勧奨の他、必要により本人の同意を得た上で下記11に示すフォローアップを行う。

HBs抗原検査において「陰性」と判定された者及びC型肝炎ウイルス検査において「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い」と判定された者については、検査結果と検査日を記録しておくことを勧奨する。

## 8. 結果の通知

検診の結果については、別紙3を参考として指導区分を付し、受診者に速やかに通知する。

その際、指導区分が、B型肝炎精密検査該当者については「肝炎ウイルス精密検査依頼書兼結果報告書（B型用）＜様式1＞」、C型肝炎精密検査該当者については「肝炎ウイルス精密検査依頼書兼結果報告書（C型用）＜様式2＞」を添え精密検査医療機関への受診を勧奨する。

## 9. 精密検査

(1) 精密検査は、知事が指定する「奈良県肝疾患に関する専門医療機関」を受診することが望ましい。

なお、「奈良県肝疾患に関する専門医療機関」は下記①～⑤の条件を満たすものである。

- ① 常勤の専門医による診断（活動度及び病期を含む）と治療方針の決定が行われていること。
  - ② インターフェロン等の抗ウイルス療法を適切に実施できること。
  - ③ 肝がんの高危険群の同定と早期診断を適切に実施できること。
  - ④ その他、県や国の施策・研究による調査等に協力できること。（例：インターフェロン治療効果判定調査）
  - ⑤ 専門医療機関として医療機関名の公表を承認できること。
- また、上記①の専門医の基準は下記①または②である。
- ① 日本肝臓学会の指導医または専門医
  - ② 日本消化器病学会の指導医または専門医
- (2) 精密検査医療機関は、B型及びC型肝炎精密検査該当者が、＜様式1＞＜様式2＞を持参し受診した際は、様式に定める必要な検査、（超音波検査またはCT検査のどちらかは必ず実施）確定診断を行い、精密検査の依頼元（市町村または市町村から肝炎ウイルス検診の個別検診の委託を受けた医療機関（以下、「一次医療機関」という）に結果を返送するものとする。
- (3) 一次医療機関は、精密検査医療機関より、＜様式1＞＜様式2＞の結果報告があった際は、速やかに委託元の市町村に対しその内容を報告するものとする。

#### 10. 記録の整備（別紙4参照）

検診の記録は、氏名、年齢、住所、検診の結果の判定等について行う。  
また、必要に応じ、事後の指導その他の必要な事項についても記録する。

#### 11. 陽性者のフォローアップ

B型及びC型肝炎精密検査該当者に対し、必要により別紙5の例による同意書等により本人の同意を得た上で、別紙6の例による調査票を年1回送付する等により医療機関の受診状況や診療状況を確認し、未受診の場合には、必要に応じて電話等により受診を勧奨することによりフォローアップを行うものとする。

フォローアップの実施に当たっては、個人情報の取扱いに留意のうえ、適宜都道府県等と連携を図ることとし、都道府県等からの情報提供により把握した本事業以外の陽性者についても、フォローアップの対象とすることができる。また、フォローアップの対象者を都道府県等へ情報提供することにより、都道府県等の事業におけるフォローアップの対象とすることができる。

なお、フォローアップ対象者は「ウイルス性肝炎患者等の重症化予防推進事業実施要領（平成26年3月31日健肝発0331第1号厚生労働省疾病対策課肝炎対策推進室長通知）」に定める初回精密検査費用及び定期検査費用の助成対象者とするので、本人が希望する場合には適宜案内すること。

#### 12. その他の留意事項

- (1) 検診、健康相談及び健康教育の実施に当たっては、分かりやすいパンフレットやQ&Aを活用するなど、住民に対して、肝炎の基礎知識が理解できるような普及啓発を行うこと。
- (2) 判定結果の通知、精検結果把握及び陽性者フォローアップの実施に際しては、個人のプライバシーの保護に十分な注意を払うこと。
- (3) 事後の保健指導や医療機関への受診勧奨、陽性者のフォローアップについては、地域の医療機関や都道府県などと十分な連携を図って行うこと。

なお、その他健康増進事業に係る共通的事項及び必要事項については、「健康増進法第17条第1項及び第19条の2に基づく市町村が行う健康増進事業について」（平成20年3月31日健発第0331026号）によるものとする。

### 13. 報告

- (1) 市町村は、肝炎ウイルス検診結果報告書（様式3～5）により保健所を経由の上、県へ検診実施年度の翌年7月末日までに提出するものとする。
- (2) 精検結果未把握者については、一次医療機関、又は精密検査医療機関へ確認する。

### 14. 個人情報の保護

この検診により業務を担当したすべての関係者は、「個人情報の保護に関する法律（平成15年5月30日 法律第57号）」等の関係法令及び「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス（平成29年4月14日通知、同年5月30日適用、個人情報保護委員会、厚生労働省）」等に留意し、検査結果の取扱い等の秘密保持に努めなければならない。

### 附則

改正後の要領は平成29年4月1日より適用とする。

### 改正経緯

平成14年4月1日制定
平成17年4月1日一部改正
平成19年4月1日一部改正
平成20年4月1日一部改正
平成23年4月1日一部改正
平成25年4月1日一部改正
平成26年4月1日一部改正
平成29年4月1日一部改正

## 別紙1 通知例

# 肝炎ウイルス検診 受診のご案内

〔このご案内は、今年度において、40歳以上の方に対してお送りしております。〕

〇〇市町村では、健康増進事業に基づき肝炎ウイルス検診を実施しています。ウイルス性肝炎は、軽症のうちには殆ど自覚症状がありませんが、放っておくと、肝硬変や肝がんといった重篤な疾患に進行するおそれがあります。これまでに検診を受けたことがない方は、ぜひこの機会に検診を受診することをお勧めします。（特に40歳以上の5歳刻みの年齢（40歳、45歳、50歳、55歳、60歳、65歳など）の方は、受検料が無料になります）。これまで肝炎ウイルス検診を受診されたことがない方は、この機会に、受診いただくことをお勧めします。

- 検査内容 :
- 実施場所 :
- 日程 :
- 費用 :
- 受診方法 :

### 〔注意事項〕

- 本検診は、他の機会に肝炎ウイルス検診を受ける予定がない方及び過去に肝炎ウイルス検診を受けたことがない方が対象となります。ただし、特定健診等において肝機能検査の数値に異常が見られた方は、希望により検査を受けていただくことができますが、速やかに医療機関にかかることをお勧めいたします。
- 受診の際は、この通知を必ず窓口に提出してください。
- この通知に記載してある有効期限内に受診してください。

	年	月	日	交付
整理番号				
ふりがな 受診者氏名				(男・女)
生年月日	年	月	日生	(歳)
検診期日				
検診実施機関				
有効期限	年	月	日	

問い合わせ先

〇〇市町村〇〇部〇〇課〇〇係 (TEL 〇〇-〇〇-〇〇〇〇)

別紙2

問診項目例

- 医療保険各法その他の法令等に基づく保健事業等のサービスを受ける際に、合わせて肝炎ウイルス検診に相当する検診を受けることを予定していますか。

は い    いいえ

- 肝臓病にかかったことや肝機能が悪いと言われたことがありますか。

は い (    年頃)    いいえ

- 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)    いいえ

「はい」と答えた方に伺います。

定期的に肝機能検査を受けていますか。    はい    いいえ

- (女性のみ) 妊娠・分娩時に多量に出血したことがありますか。

は い (    年頃)    いいえ

「はい」と答えた方に伺います。

定期的に肝機能検査を受けていますか。    はい    いいえ

- これまで、B型肝炎ウイルス検査を受けたことがありますか。

は い (    年頃)    いいえ    分からない

- 現在又は過去に、B型肝炎の治療を受けていますか。

は い (    年頃)    いいえ    分からない

- これまで、C型肝炎ウイルス検査を受けたことがありますか。

は い (    年頃)    いいえ    分からない

- 現在又は過去に、C型肝炎の治療を受けていますか。

は い (    年頃)    いいえ    分からない

- 肝炎ウイルス検診の目的等について理解した上で、肝炎ウイルス検診を希望しますか。

・HBs抗原検査について

希望する    希望しない

氏 名 \_\_\_\_\_  
(自署してください)

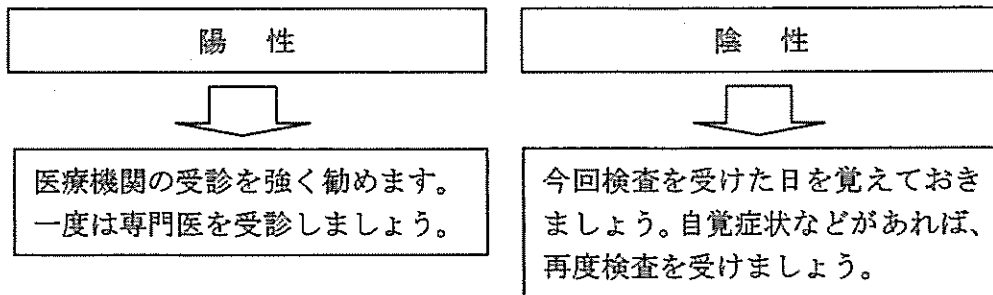
・C型肝炎ウイルス検査について

希望する    希望しない

氏 名 \_\_\_\_\_  
(自署してください)

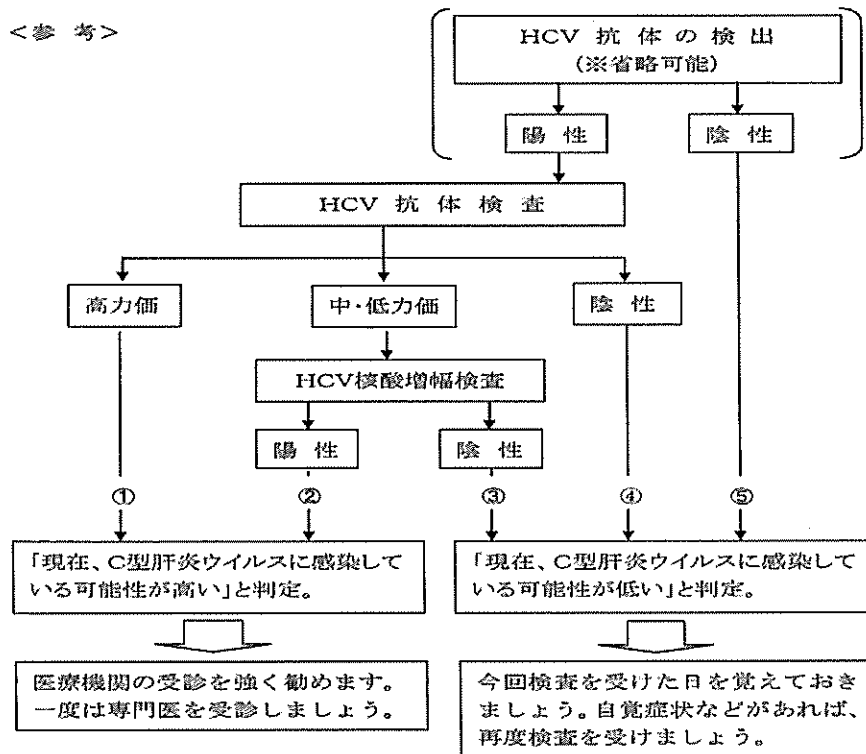
### 別紙 3

#### 判定結果 (HBs 抗原検査)



#### 判定結果 (C型肝炎ウイルス検査)

1. 「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」と判定されました。  
判定理由 ① ②
2. 「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い」と判定されました。  
判定理由 ③ ④ ⑤



#### < 注意事項 >

HBs抗原検査が陰性となった場合にも、身体のだるさ等の症状や肝機能異常を指摘された場合などには、必ず医師に相談してください。

また、日常生活の場では、C型肝炎ウイルス(HCV)に感染することはほとんどないことがわかっています。したがって、毎年くり返してC型肝炎ウイルス検査を受けなくても、現在のところ、上図に示す手順を踏んだ検査を1回受ければよいとされています。

なお、2. 「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い」と判定された場合でも、C型肝炎ウイルス(HCV)以外の原因による肝炎になる可能性があること、検査後新たにC型肝炎ウイルス(HCV)に感染する場合(きわめてまれとされています。)があること、検査による判定には限界があることなどもありますので、身体のだるさ等の症状や肝機能異常を指摘された場合などには、必ず医師に相談してください。



別紙 4

受診年月日		年 月 日
HBs抗原検査		陽 性
		陰 性
C型肝炎 ウイルス 検査	判定結果	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
	判定理由	(①～⑤のいずれかを記入)
実施機関名		

別紙5 同意書例

## 肝炎ウイルス陽性者フォローアップ事業参加同意書

肝炎に感染した場合、自覚症状がないまま病気が進行し、慢性肝炎、肝硬変、肝がんへと重症化する可能性があります。

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。

〇〇（市町村）では、肝炎ウイルス陽性者の方に対するフォローアップ事業を行っています。

フォローアップ事業へご参加いただいた場合、年1回調査票をお送りして、医療機関の受診状況や治療内容を確認させていただきます。

また、必要に応じて電話等でご連絡を差し上げる場合があります。

本事業にご参加いただいた方には、随時必要な相談支援を行うほか、肝疾患治療の最新情報や相談会・講習会等のご案内を差し上げます。

なお、本事業で入手した個人情報につきましては、本事業の中でのみ使用し、その他の目的に用いることはありません。

下記のいずれかにチェックをつけて、必要事項をご記入の上、ご提出ください。

フォローアップに同意する

フォローアップに同意しない

氏名（自署）： \_\_\_\_\_ 性別： 男 ・ 女 \_\_\_\_\_

生年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 電話番号： \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

住 所： 〒 \_\_\_\_\_

【同意書の提出先及びお問い合わせ先】

〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市（〇〇郡〇〇町村）〇〇-〇-〇

〇〇（市町村）〇〇部〇〇課（TEL 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇）

## 医療機関の受診状況等に関する調査票

本調査は、〇〇（市町村）肝炎ウイルス陽性者フォローアップ事業に参加いただいた方を対象に、医療機関の受診状況や治療内容を確認し、必要な相談支援を行うことを目的に年1回実施しております。

調査のご回答を受けて、当方からお問い合わせをさせていただく場合があります。

なお、個人情報及び回答内容につきましては、本事業の中でのみ使用し、その他の目的に用いることはありません。

ご協力のほどよろしくお願いいたします。

【本調査に関するお問い合わせ先】

〇〇（市町村）〇〇部〇〇課（TEL 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇）

【肝炎に関するご相談窓口】

奈良県肝疾患相談センター（TEL 0744-22-1380）

問1 過去1年以内に肝臓の病気に関して医療機関を受診しましたか。

- はい（直近の受診日：平成 年 月 ころ 医療機関名： ）  
 いいえ（受診をしていない理由： ）

問2 （問1で「はい」と回答した場合）差し支えなければ、説明を受けた病状を教えてください。

- 無症候性キャリア（B型肝炎ウイルス・C型肝炎ウイルス）  
 慢性肝炎（B型肝炎ウイルスによる・C型肝炎ウイルスによる）  
 肝硬変（B型肝炎ウイルスによる・C型肝炎ウイルスによる）  
 肝がん（B型肝炎ウイルスによる・C型肝炎ウイルスによる）  
 その他（ ）

問3 （問1で「はい」と回答した場合）現在の治療状況と今後の予定を教えてください。

- 肝臓病の治療を現在受けている。または今後受ける予定である。  
↳ 差し支えなければ、治療内容を教えてください。  
 インターフェロン治療  
 核酸アナログ製剤治療  
 その他（ ）
- 肝臓病の治療を受けていない。または今のところ治療の予定はない。  
↳ 今後の予定をご回答ください。  
 経過観察（次回の受診目安： ころ）  
 その他（ ）

問4 その他、ご意見やご質問などありましたら、ご記載ください。

お名前（またはID）： \_\_\_\_\_

記載年月日：平成 年 月 日

<様式1>

# 肝炎ウイルス精密検査依頼書兼結果報告書(B型用)

精密検査医療機関 御中

平成 年 月 日

①市町村長  
(担当 課 係) 印  
②検診機関名または医療機関名  
医師名 印

本書持参の方は肝炎ウイルス検診の結果、B型肝炎ウイルス感染に対する精密検査が必要と指示いたしました。ご多忙中恐縮に存じますが、ご高診たまわりたくお願い申し上げます。

なお、お手数をおかけしますが、下欄により精密検査結果報告書にご記入の上、依頼元にご返送下さるよう併せてお願い申し上げます。

フリガナ 氏名	生年月日	昭和 年 月 日
受診日	平成 年 月 日	
血液検査	HBs抗原 陽性 その他のウイルス検査 ( ) 生化学検査成績があれば記入してください。 AST (GOT) IU/L ALT (GPT) IU/L	

## 精密検査結果報告書

初診年月日	平成 年 月 日
検査方法	1. 血液生化学検査 2. 超音波検査 3. CT 4. その他 ( )
ウイルス検査	1. HBe抗原 陽性 陰性 2. HBe抗体 陽性 陰性 3. HBウイルス量 法 ( )
診断および 今後の方針	1. 異常なし 2. 異常あり (診断名: )  今後の方針 1. 経過観察 ( か月後) 2. 治療実施 ( ) 3. その他 ( )

平成 年 月 日

(精密検査) 医療機関名  
医師名

印

注) 精密検査医療機関は上記に記入し、紹介医療機関(市町村)に結果を報告してください。

<様式2>

# 肝炎ウイルス精密検査依頼書兼結果報告書(C型用)

精密検査医療機関 御中

平成 年 月 日

①市町村長  
(担当 課 係) 印  
②検診機関名または医療機関名  
医師名 印

本書持参の方は肝炎ウイルス検診の結果、C型肝炎ウイルス感染に対する精密検査が必要と指示いたしました。ご多忙中恐縮に存じますが、ご高診たまわりたくお願い申し上げます。

なお、お手数をおかけしますが、下欄により精密検査結果及び治療方針等報告書にご記入の上、依頼元にご返送下さるよう併せてお願い申し上げます。

フリガナ 氏名		生年月日	昭和 年 月 日
受診日	平成 年 月 日		
血液検査	肝炎ウイルス検診等実施要領に該当する判定結果に○をつけてください ( ① ・ ② ) 生化学検査成績があれば記入してください。 AST (GOT) IU/L ALT (GPT) IU/L		

## 精密検査結果及び治療方針等報告書

初診年月日	平成 年 月 日		
検査方法	1. 血液生化学検査 2. 超音波検査 3. CT 4. 肝生検 5. その他( )	超音波検査またはCT検査の どちらかは必ず実施のこと	
ウイルス検査	ウイルス定量 (RT-PCR) : Log IU/ml 遺伝子型: 1a 1b 2a 2b		
診断名			
今後の方針	1. 治療の実施 ・インターフェロン療法の適応 あり(平成 年 月から実施 ・ 実施未定) なし(理由: ) ・その他の治療内容( ) 2. 経過観察( か月後) 3. 他の医療機関を紹介 紹介先医療機関所在地: 医療機関名: 4. その他		

平成 年 月 日

(精密検査) 医療機関名  
医師名

印

注) 精密検査医療機関は上記に記入し、紹介医療機関(市町村)に結果を報告してください。

<様式3>

平成 年度 肝炎ウイルス検診結果報告書 (市町村→県)

市町村名( )

区分	対象者数 ①	受診者数 ②	受診率 ②/①	B型肝炎 該当者数 ③		陽性率 ②/③	精密検査受診把握状況内訳					※5 精検結果未返送数 (再掲)
				精検受診者数	精密検査未受診者				その他			
					※1 未受診者数		※2 受診勧奨するも拒否	※3 不明(対応せず)		※4 同意書に同意せず		
男性	40歳											
	41~44歳											
	45~49歳											
	50~54歳											
	55~59歳											
	60~64歳											
	65~69歳											
	70歳以上											
小計												
女性	40歳											
	41~44歳											
	45~49歳											
	50~54歳											
	55~59歳											
	60~64歳											
	65~69歳											
	70歳以上											
小計												
合計												

区分	対象者数 ①	受診者数 ②	受診率 ②/①	C型肝炎 判定結果					①陽性者数(判定) ③	陽性率 ③/②	精密検査受診把握状況内訳					※5 精検結果未返送数 (再掲)	
				陽性		陰性					精検受診者数	精密検査未受診者					その他
				判定 ①	判定 ②	判定 ③	判定 ④	判定 ⑤				※1 未受診者数	※2 受診勧奨するも拒否	※3 不明(対応せず)	※4 同意書に同意せず		
男性	40歳																
	41~44歳																
	45~49歳																
	50~54歳																
	55~59歳																
	60~64歳																
	65~69歳																
	70歳以上																
小計																	
女性	40歳																
	41~44歳																
	45~49歳																
	50~54歳																
	55~59歳																
	60~64歳																
	65~69歳																
	70歳以上																
小計																	
合計																	

- ※1 本人等に確認し、精密検査未受診であることが確認できている人数
- ※2 受診勧奨するも、本人が精密検査受診を拒否している人数
- ※3 精密検査を受診しているか否か確認していない人数
- ※4 医療機関等に問い合わせをすることに同意しておらず、確認のしようがない人数
- ※5 精密検査は受診しているが医療機関からの結果返送がなく、状況の確認ができていない人数(精検受診者数に人数を計上し、再掲とする)

<様式4>

肝炎ウイルス検診(B型) 精密検査該当者 追跡結果報告書 (市町村→県)

市町村名 ( )

	検診受診年月日	一次検診機関名	性別	年齢	精密検査受診者	精密検査受診把握状況内訳				精密検査医療機関名	精密検査初診年月日	精密検査受診者の内訳												
						未受診	未把握	その他(既治療等)	精検結果未返送数(再掲)			検査方法	ウイルス検査			診断	今後の方針							
						未受診者数	同意書に同意せず	不明(対応せず)			血液	超音波	その他	HBs抗体	HBs抗原	ウイルス検査法	ウイルス量	異常なし	診断名	経過観察	治療実施内容	その他内容		
1																								
2																								
3																								
4																								
5																								
6																								
7																								
8																								
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								

※1 様式4は、HBs抗原検査で「陽性」と判定された者全員の追跡結果について記載すること。

※2 精密検査受診把握状況内訳についての記載方法については、様式3に準じて行うこと。





【参考資料】

様式3～5における「精密検査受診把握状況内訳」の考え方

