

## 定期的に医療機関を受診し、慢性肝炎、肝硬変、肝がんへの重症化を防ぎましょう。

肝炎ウイルスに感染した場合、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。

重症化を防ぐために、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。

そのため、島根県及び市町村では、肝炎ウイルス陽性者の方にフォローアップ事業を行っています。

ご同意いただいた場合、医療機関の受診状況や治療内容等を確認させていただきます。

その後、定期的な検査を受けておられない場合等は受診していただくように、またご利用可能な助成制度のお知らせがある場合など、必要に応じてご連絡を差し上げます。

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。

ただし、市町村からのフォローアップを希望される場合に限り、必要な情報を当該市町村へ提供します。

肝炎ウイルス陽性者フォローアップについて、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。

保健所からのフォローアップに同意する

( ) からのフォローアップに同意する

※お住まいの市町村名を記入して下さい。

フォローアップに同意しない

年 月 日  
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】

〒 — 島根県 市 (町)

島根県 保健所 (TEL — — )

「同意」いただいた方は、裏面の設問のご記入にご協力願います。

**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されましたか。**

はい (直近の受診日: 年 月頃 医療機関名 )



いいえ ⇒ 受診をされていない理由を教えてください。

(理由: )

**差し支え無ければ、以下の設問にご回答下さい。**

**問2 貴方の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 現在の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
- インターフェロンフリー治療
- その他 ( )

肝臓病の治療は受けていない。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下さい。

- 経過観察 (次回の受診目安: ころ)
- その他 ( )
- 治療が終了し、今後は経過観察を行う予定である
  - 経過観察 (次回の受診目安: ころ)

**問4 ご意見やご質問などありましたら、ご記載ください。**