

この申込書は、①過去に肝炎ウイルス検査を受けたことがないため肝炎ウイルス検査を希望すること、②本書が青森県に提供されることについて同意される場合に、検査の申込のためにご記入下さい。（※同意されない場合は、本事業の検査は受けられません。）

		申込年月日		年 月 日
ふりがな 氏名（自署）		男・女	生年月日	年 月 日（歳）
住所	（〒 - ）		（電話 ）	
希望検査項目	<input type="checkbox"/> B型肝炎ウイルス検査（HBs抗原検査） <input type="checkbox"/> C型肝炎ウイルス検査 <input type="checkbox"/> C型肝炎ウイルス検査及びB型肝炎ウイルス検査（HBs抗原検査）			
既往歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）			
治療中の疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）			
手術歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ 歳時）			
輸血歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ 歳時）			
市町村への 情報提供 （任意）	本書の写しが <u>お住まいの市町村</u> にも提供されることについて同意される場合、以下にチェックをしてください。検査結果を含む個人情報は厳重に管理され、個人のデータが外部に公開されることはありません。 <input type="checkbox"/> 同意します。 <input type="checkbox"/> 同意しません。			

※1 青森市及び八戸市に住所のある方は、市で無料肝炎ウイルス検査を実施しているため、本事業の対象外です。

（受検者） 様

年 月 日に実施した肝炎ウイルス検査の結果は、以下のとおりでした。

1 B型肝炎ウイルス検査（HBs抗原検査）

結果	判定
	陽性と判定されましたので、速やかに医療機関を受診してください。
	特に、異常はありません。今回検査を受けた日を覚えておきましょう。自覚症状などがあれば、再度検査を受けましょう。

2 C型肝炎ウイルス検査

結果	判定
	現在、C型肝炎ウイルス（HCV）に感染している可能性が高いと判定されましたので、速やかに医療機関を受診してください。
	特に、異常はありません。今回検査を受けた日を覚えておきましょう。自覚症状などがあれば、再度検査を受けましょう。

検査実施医療機関 所在地
医療機関名
医師氏名