

四日市市肝炎ウイルス医療機関検査申込書兼問診票

四日市市長 あて

私は、肝炎ウイルス検査について、【★確認事項】を確認した上で、検査を希望します。

【★確認事項】

○ 検査を希望される方は、こちらを必ずお読みください。

1. この肝炎ウイルス検査は、四日市市が医療機関に委託して実施している事業です。
2. この事業に関し必要となる、市が保管する住民登録情報、肝炎ウイルス検査に関する情報について、公衆衛生上必要なため、四日市市が利用します。
3. 過去に四日市市のB型・C型肝炎ウイルス検査を受けられたことのある人は、受診できません。
4. 検査結果(個人情報)は、検査実施後、医療機関から四日市市に提出されます。
5. 検査結果が陽性の方に対して、市の実施する肝炎ウイルス検査「フォローアップ事業」の対象となります。対象となった場合には、検査結果(個人情報)を四日市市が把握し、医療機関の受診状況の確認など、肝炎対策に必要な調査等を、あなたに対して行うことがあります。(例:郵送による調査等)

※ これらのことを理解のうえ、同意する場合は、問診項目4の「同意する」に○を付けてください。

※ 個人情報については、個人情報の保護に関する法律やその他関係法令に基づき適正に取り扱いたします。

以下太枠内に、必要事項を記入してください。

申込日	令和 年 月 日			
申込者	フリガナ			
	名 前 (署名)			
	生年月日	T・S・H・R 年 月 日 (歳)		
	住 所	〒 四日市市		
	電話番号			
No.	問診項目	あてはまる欄に○をつけてください。		
1	これまでに、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	わからない
2	これまでに、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	わからない
3	現在、肝炎の治療を受けていますか。	(はい 年頃)	いいえ	わからない
4	【★確認事項】をお読みいただき、本検査の実施に同意しますか。	同意する		同意しない

市 記入欄	交付番号	交付年月日

健康づくり課
電話 354-8282