

(様式2)

## 医療機関の受診状況等に関する調査票

本調査は、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】

〒

保健所 課 係 (TEL - - )

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: 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: \_\_\_\_\_

記載年月日: \_\_\_\_\_ 年 月 日