

県医師会経由健康増進課用

令和 年 月 日

NO. _____

肝炎ウイルス検査報告書

宮崎県医師会長殿

宮崎県健康増進課長殿

医療機関名称

代表者名

印

下記の者について、肝炎ウイルス検査を実施しました。

記

1 受診者住所

受診者氏名	性別	年齢
_____	()	(才)

2 検査内容

- () ① C型肝炎ウイルス検査及びHBs抗原検査
() ② C型肝炎ウイルス検査のみ
() ③ HBs抗原検査のみ

3 検査結果

検査項目	検査結果
HCV抗体	
HCVRNA	
HBs抗原	

4 その他(指導内容等)

報告の同意

検査結果について、医療機関が健康増進課に対して報告することに同意します。

令和 年 月 日

受診者署名