

肝炎ウイルス検査に係る問診票

住所

氏名

生年月日

( 才 )

1 肝臓病にかかったことや肝機能が悪いと言われたことがありますか。

はい ( 年頃 )

いいえ

2 これまで、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

分からない

3 広範な外科的処置(大きな手術など)を受けたことがありますか

はい ( 年頃 )

いいえ

「はい」と答えた方に伺います。

定期的に肝機能検査を受けていますか ( はい、 いいえ )

4 (女性のみ) 妊娠・分娩時に多量に出血したことがありますか

はい ( 年頃 )

いいえ

「はい」と答えた方に伺います。

定期的に肝機能検査を受けていますか ( はい、 いいえ )

5 1992年(平成4年)以前に輸血を受けたことがありますか

はい ( 年頃 )

いいえ

分からない

「はい」と答えた方に伺います。

定期的に肝機能検査を受けていますか ( はい、 いいえ )

6 長期に亘る血液透析を受けていますか。( はい、 いいえ )

「はい」と答えた方に伺います。

定期的に肝機能検査を受けていますか ( はい、 いいえ )

7 臓器移植を受けたことがありますか。( はい、 いいえ )

「はい」と答えた方に伺います。

定期的に肝機能検査を受けていますか ( はい、 いいえ )

希望する肝炎ウイルス検査

( ) 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

(宮崎県健康増進課)