

肝炎ウイルス陽性者フォローアップ事業参加同意書

肝炎ウイルスに感染した場合、自覚症状がないまま病気が進行し、慢性肝炎、肝硬変、肝がんへと重症化する可能性があります。

そのため、すぐに治療の必要がない場合でも、定期的に医療機関を受診し、ご自身の状態を確認することが重要です。

山梨県では、肝炎ウイルス陽性者の方に対するフォローアップ事業を行っています。

フォローアップ事業へご参加いただいた場合、年 1 回調査票をお送りして、医療機関の受診状況や治療内容を確認させていただきます。

また、必要に応じて電話等でご連絡を差し上げる場合があります。

本事業にご参加いただいた方には、随時必要な相談支援を行うほか、肝疾患治療の最新情報や相談会・講習会等のご案内を差し上げます。

なお、本事業で入手した個人情報につきましては、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が、必要に応じお住まいの市町村に情報提供することがあります。

下記のいずれかにチェックをつけて、必要事項をご記入の上、ご提出ください。

年 月 日

☐ フォローアップに同意する

☐ フォローアップに同意しない

フリガナ

氏名（自署）：

性別：

男

・

女

生年月日：

年

月

日

電話番号：

-

-

住 所：〒

フォローアップの連絡：県からの郵送→ 可・不可、電話→ 可・不可

【同意書の提出先及びお問い合わせ先】

〒〇〇〇-〇〇〇〇 山梨県〇〇市〇〇町〇-〇-〇

山梨県〇〇保健福祉事務所（TEL 〇〇-〇〇-〇〇〇〇）

肝炎ウイルス検査実施機関 ☐ 保健所 ☐ その他（ ）

※この書類は、山梨県ウイルス性肝炎患者等重症化予防推進事業の検査費用請求をする場合に必要となるものです。