

肝炎ウイルス検査要精密者紹介状 兼 報告書

受付日	年 月 日	結果通知日	年 月 日
受付番号		検査項目	☐ B + C型
住 所	福岡市 区		
氏 名		性 別	男 ・ 女
生年月日	M・T・S・H 年 月 日生	年齢	歳
電話番号	自宅： — — 携帯： — —		

<紹 介 状>

上記の方は、当院において肝炎ウイルス検査を実施した結果、下記のとおり判定されました。ご多忙中、恐縮ですが、精密検査及び治療方針の決定等についてご検討をお願いいたします。

なお、結果につきましては、本書（様式2）及び肝炎ウイルス精密検査報告書（様式3）にご記入ください。様式2は福岡市へ（送付先は欄外参照）、様式3は当院（検査実施医療機関）へ、ご返信をお願いいたします。

C型肝炎ウイルス	判定結果	1 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い
		2 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い
	判定理由	下記の①～④のいずれかを記入 （ ）
B型肝炎ウイルス (HBs 抗原検査)		1 陽性
		2 陰性

【C型肝炎ウイルス判定理由】 *①②→判定結果1、③④→判定結果2

- ①抗体陽性（高力価）
 ②抗体陽性（中力価・低力価）、HCV-RNA（核酸増幅）陽性（+）
 ③抗体陽性（中力価・低力価）、HCV-RNA（核酸増幅）陰性（-）
 ④抗体陰性（-）

年 月 日

検査実施医療機関名：

医師名：

<受診状況報告>

* 専門医療機関で記入され、福岡市へご郵送ください。

上記の方について、当院にて精密検査を受診したことを報告します。

（ ☐ 経過観察 ☐ 要治療 ）

年 月 日

医療機関名：

担当医師名：

* 本書の送付先：〒810-8620 福岡市中央区天神1-8-1

福岡市 保健医療局保健所 精神保健・難病対策課課（難病疾病対策係）

Tel：092-711-4986