

「福岡県肝炎ウイルス陽性等フォローアップ事業実施要綱」
(様式第1号)

年 月 日

肝炎ウイルス陽性等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。

福岡県では、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、必要に応じてお電話等でご連絡を差し上げる場合もあります。

なお、フォローアップ事業で入手した個人情報につきましては、フォローアップ事業及び検査費用助成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。ただし、健康増進事業において陽性と判定された方については、その後の受診状況を該当市町村へ報告いたしますのでご了承ください。

下記にチェック及び○をつけて、必要事項を御記入の上、ご提出ください。

☐ フォローアップに同意し、

(初回精密検査・定期検査) 受診証明書の交付を申請します。

氏名(自筆)： _____

性別： 男・女 _____

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

電話番号： _____ - _____ - _____

〒 _____

住所：福岡県 _____