

別紙様式 5

※お願い

肝炎ウイルス検査において下記のとおり陽性であった方を紹介いたしますので、御高診よろしくお願ひ申し上げます。

なお、検査結果については、御本人の同意を得ておりますので、御本人の居住する市町村を管轄する裏面の県の機関まで御返送くださいますよう併せてお願ひ申し上げます。

肝臓精密検査紹介状

年 月 日

検診医療機関名	
医師名	

担 当 医 様

ふりがな 氏名		住 所	電話番号 () -
性 別	男 ・ 女		
年 齢	満 歳		
生年月日	年 月 日		

○一次検診結果

受診年月日	年 月 日
既往歴	急性肝炎 慢性肝炎 肝硬変 肝臓がん その他 ()
検査結果	HBs抗原検査 陽性 陰性 未実施
	HCV抗体検査 陽性 陰性 未実施 → (高力価 中力価 低力価)
※HCV抗体検査結果が中力価・低力価のみ HCV核酸増幅検査 陽性 陰性	

○精密検査結果

受診年月日	年 月 日
検診結果	血 小 板 [万/μL]
	A F T [ng/mL]
	P I V K A - II [mAU/mL] ・ 未測定 ※抗凝固薬服用中等
	超音波検査 [診断]
そ の 他	GOT (AST) [] GPT (ALT) []
	γ-GTP [] HB e 抗原 [+ -]
	HB e 抗体 [+ -]
	HBV-DNA [LogIU/mL]
	HCV-RNA [LogIU/mL] その他 []
診断年月日	年 月 日
診 断	1 無症候性キャリア → HBV HCV
	2 脂肪肝 3 慢性肝炎 4 肝硬変 5 アルコール性肝障害 6 肝臓がん疑い 7 肝臓がん → 腫瘍サイズ等 () 8 その他の疾病 ()
判 定	1 健康指導対象者 ()ヶ月間隔での(ア 治療、イ 観察)を要する
	2 その他

※判定欄の「その他」に該当する者は、転出、死亡、入院中の者及び医師が疾病により今後のフォローアップは不必要であると認めた者とする。

精密医療機関 (担当医)	
-----------------	--

(裏面)

県の機関名	担当部署（電話番号）	管轄市町村
鳥取県中部総合事務所 倉吉保健所	医薬・感染症対策課 (0858-23-3145)	倉吉市、三朝町、湯梨浜町、琴浦町、 北栄町、
鳥取県西部総合事務所 米子保健所	医薬・感染症対策課 (0859-31-9317)	米子市、境港市、日吉津村、大山町、 南部町、伯耆町、日南町、日野町、 江府町