

※所属でコピーして
使用してください

肝炎ウイルス検査問診票及び同意書・料金支払い方法確認書

＜肝炎ウイルス検査及びワクチン接種の目的＞

検査日：定期健康診断と同時採血

国の肝炎対策の推進に関する基本的な指針において、全ての国民が少なくとも一回は肝炎ウイルス検査を実施する必要があると示されております。

また、本学においては、医療の安全を確保するために、各職員の職業感染防止の一環として、肝炎ウイルス（HBV、HCV）抗体価の把握およびワクチン接種を実施しております。

質問事項	回答欄		
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	
③（女性のみお答えください）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	
④これまで、B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	わからない
⑤現在又は過去に、B型肝炎の治療を受けていますか。	はい (年頃)	いいえ	わからない
⑥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	わからない
⑦現在又は過去に、C型肝炎の治療を受けていますか。	はい (年頃)	いいえ	わからない

【肝炎ウイルス検査同意欄】

申込日：令和 年 月 日

検査の目的等について理解した上で検査を希望しますか。（該当する方に✓をつけてください。）

- HBs抗原・抗体検査 希望する 希望しない
 C型肝炎ウイルス検査 希望する 希望しない

UID _____

所属 _____

氏名 _____

氏名は必ず自署してください

..... 以下は「HBs抗原・抗体検査」を希望する職員（臨時職員、研修医を含む）のみご記入ください

職員（臨時職員、研修医を含む）は7月以降のB型肝炎ワクチン接種から料金の給与引去が可能となる予定です。（5～6月実施の肝炎ウイルス検査は現金での支払い）

※大学院生、研究員、研究捕手、非常勤医師、非常勤歯科医師についてはワクチン接種も現金での支払いとなるため記入不要です。

職員（臨時職員、研修医含む）のみ記入

【料金支払いについて】

申込日：令和 年 月 日

以下のとおり希望します。（希望する方に✓をつけてください。）

- 給与引去 現金

氏名 _____

氏名は必ず自署してください

連絡先 _____