

(様式1)

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。

秋田県及び県内市町村では、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。ご本人の同意を得た上で県と市町村で陽性判定の情報を共有します。

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。

次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。

(注) 秋田市に住所を有する方は②のみチェックをつけてください。

① 県による

- 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

② 市町村による

- 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

氏名(自署): _____ 性別: 男 女

生年月日: _____ 年 月 日 電話番号: _____ - _____ - _____

住 所: 〒 _____

記載年月日: _____ 年 月 日

肝炎ウイルス検査陽性者フォローアップ事業に関するお問い合わせ先
秋田県保健・疾病対策課 TEL: 018-860-1424 FAX: 018-860-3821