

医療機関の受診状況等に関する調査票

本調査は、鹿児島県肝炎ウイルス陽性者フォローアップ事業に参加いただいた方を対象に、医療機関の受診状況や治療内容を確認し、必要な相談支援を行うことを目的に年1回実施しております。

調査のご回答を受けて、当方からお問い合わせをさせていただく場合があります。

なお、個人情報及び回答内容につきましては、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。

ご協力のほどよろしくお願いいたします。

【本調査に関するお問い合わせ先】

鹿児島県くらし保健福祉部健康増進課感染症保健係（TEL：099-286-2724）

【肝炎に関するご相談窓口】

鹿児島大学病院肝疾患相談センター（TEL：099-275-5329）

問1 過去1年以内に肝臓の病気に関して医療機関を受診しましたか。

- はい(直近の受診日： 年 月頃 医療機関名：)
 いいえ(受診をしていない理由：)

問2 (問1で「はい」と回答した場合)差し支えなければ、説明を受けた症状を教えてください。

- 無症候性キャリア (B型肝炎ウイルス・C型肝炎ウイルス)
 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる・C型肝炎ウイルスによる)
 肝硬変 (B型肝炎ウイルスによる・C型肝炎ウイルスによる)
 肝がん (B型肝炎ウイルスによる・C型肝炎ウイルスによる)
 その他 ()

問3 (問1で「はい」と回答した場合)現在の治療状況と今後の予定を教えてください。

- 肝臓病の治療を現在受けている。または今後受ける予定である。
↳ 差し支えなければ、治療内容を教えてください。
 インターフェロン治療
 インターフェロンフリー治療
 核酸アナログ製剤治療
 その他 ()
- 肝臓病の治療を受けていない。または今のところ治療の予定はない。
↳ 今後の予定をご回答ください。
 経過観察(次回の受診目安： 頃)
 その他 ()

問4 その他、ご意見やご質問などありましたら、ご記載ください。

お名前： _____

記載年月日： 年 月 日 _____