

# 島根県肝炎ウイルス検査実施報告書

年 月 実施分

医療機関名  
(ゴム印可)

○島根県肝炎医療コーディネーターの配置 ( 有り ・ 無し )

※添付する肝炎ウイルス問診書(県提出用)について、内訳を記入してください。

番号	検査日 (検査を実施した日付)	氏名	在住市町村 (※松江市居住者を除く)	年齢	性別 (該当に○)	検査種別(実施した検査に○)				備考	
						①HBs+HCV (B型+C型)		②HCVのみ (C型のみ)			③HBsのみ
						核酸増幅検査(※) 実施の有無					(B型のみ)
						無し	有り	無し	有り		
例	2019/4/2	島根 太郎	〇〇市	60	男・女	○					
1					男・女						
2					男・女						
3					男・女						
4					男・女						
5					男・女						
6					男・女						
7					男・女						
8					男・女						
9					男・女						
10					男・女						

※検査結果についてはここに記載しないこと。

※)HCV(C型)における核酸増幅検査の判断基準については、島根県肝炎ウイルス検査業務実施要領「別紙」を参照。