

検査及び支払手続の流れ（令和6年度から変更）

令和6年度からは、福岡県医師会を経由せず、福岡県で直接、医師会加入医療機関への検査費用の支払い及び問診票の受け付けを行います。

そのため、検査を実施した月の翌月の5日までに福岡県がん感染症疾病対策課まで、別紙「実績報告書兼請求書」及び問診票の提出をお願いいたします。

1 検査

<検査医療機関>

①対象者へ問診等（問診票1・2枚目）を行い、陽性の場合、2か月以内に必ず県が指定した福岡県肝疾患専門医療機関（以下「専門医療機関」と略）または肝炎治療医療機関（以下「治療医療機関」と略）を受診することを確認し、検査〔HBs抗原、HCV抗体（高・中・低力価の場合はHCV核酸増幅）〕を行う。

②陽性の場合、紹介状兼報告書（3枚目）及び精密検査報告書（4枚目）を陽性者へ渡し、専門医療機関または治療医療機関へ受診するよう伝える。

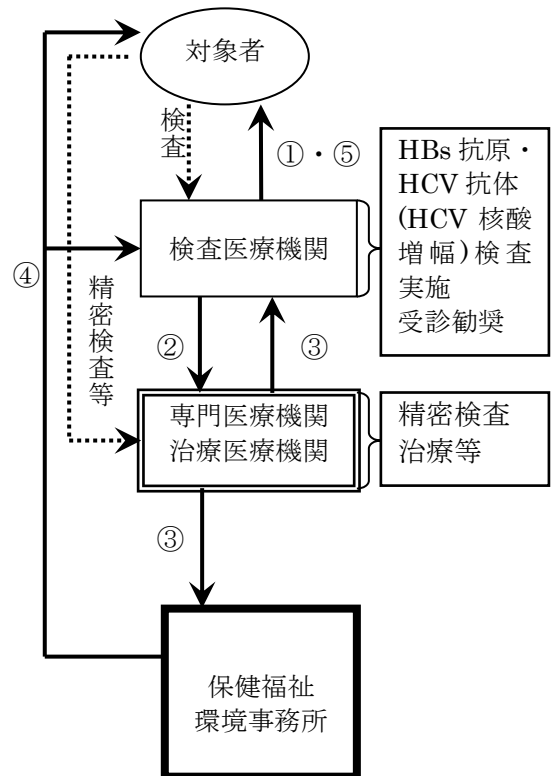
⑤保健福祉環境事務所からの未受診者報告を受けた場合、未受診者へ受診勧奨を行う。

<専門医療機関または治療医療機関>

③陽性者の精密検査・治療等を行い、紹介状兼報告書（3枚目・保健福祉環境事務所への報告用）及び精密検査報告書（4枚目・検査医療機関への報告用）に記入し、保健福祉環境事務所及び検査医療機関へ送付する。

<保健福祉環境事務所>

④陽性者が専門医療機関または治療医療機関に受診していないことが確認された場合、検査医療機関へ報告し、未受診者へ受診勧奨を行う。



2 支払

①検査医療機関は、問診票（1枚目）と実績報告書兼請求書を福岡県がん感染症疾病対策課疾病対策係へ送付する。

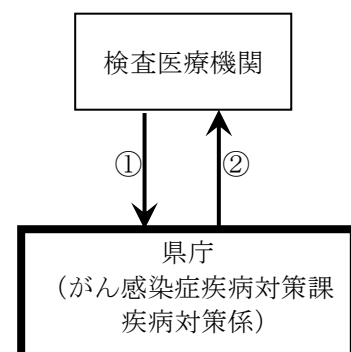
②県は、問診票と実績報告書兼請求書を審査し、検査医療機関へ検査費用を支払う。

○令和6年度～

支払金額：1件あたり4,521円（税込）

《提出先》

〒812-8577 福岡市博多区東公園7番7号
福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課 疾病対策係



肝炎ウイルス検査申込（問診）票

「県庁控」

受付番号 番	受 付 日	年 月 日
	結果通知予定日	年 月 日

検査項目	<input type="checkbox"/> B型肝炎 + C型肝炎
------	--------------------------------------

氏名	男・女	生年月日	年 月 日 (歳)
----	-----	------	------------

住所	市・郡	町
----	-----	---

※北九州市、福岡市、久留米市在住の方は、各市の保健所または契約医療機関で、検査を受けてください。

(電話番号) 自宅： — — 携帯： — —

【検査理由】

医師が肝炎ウイルス検査を必要と判断した。
(具体的に記入してください)

※ _____

過去に肝機能異常を指摘されたことがある。
(GOT・GPT値が要指導判定である等具体的に記入してください)

※ _____

<感染リスク要因> ※上記以外の場合は、該当する項目にレを記入してください。

1992年(平成4年)以前に輸血を受けたことがある。

輸血を受けた時期 年 月

輸血を受けた理由 a 手術 b 出産
c その他(具体的に記入してください)

()

・具体的事例：食道静脈瘤の破裂、消化器系疾患、外傷などにより大量の出血をした。

長期に血液透析を受けている。

非加熱凝固因子製剤や1994年(平成6年)以前にフィブリノゲン製剤(フィブリン糊としての使用を含む)の投与を受けたことがある。

・具体的事例：過去、医療機関で「血が止まりにくい」と指摘を受けた。

臓器移植を受けたことがある。

—受検者署名欄—

上記のとおり、感染した可能性が高いことから肝炎ウイルス検査を希望します。

なお、検査結果で陽性だった場合には、紹介された専門医療機関等を2ヶ月以内に必ず受診することを約束するとともに、受診状況を報告し、報告していない場合は受診確認のため電話連絡等があることを承諾します。

なお、肝炎ウイルス検査を過去に一度も受けたことはありません。

自 署： _____

—結果—

B型肝炎ウイルス検査： 陰 性 ・ 陽 性

C型肝炎ウイルス検査： 陰 性 ・ 陽 性

医療機関名：

住 所：

電 話：

担当医： _____

肝炎ウイルス検査申込（問診）票

「検査医療機関控」

受付番号 番	受付日	年 月 日
	結果通知予定日	年 月 日

検査項目 B型肝炎 + C型肝炎

氏名 男・女 生年月日 年 月 日 (歳)

住所 市・郡 町

※北九州市、福岡市、久留米市在住の方は、各市の保健所または契約医療機関で、検査を受けてください。

(電話番号) 自宅： — — 携帯： — —

【検査理由】

医師が肝炎ウイルス検査を必要と判断した。
(具体的に記入してください)

※ _____

過去に肝機能異常を指摘されたことがある。
(GOT・GPT値が要指導判定である等具体的に記入してください)

※ _____

〈感染リスク要因〉 ※上記以外の場合は、該当する項目にレを記入してください。

1992年(平成4年)以前に輸血を受けたことがある。

輸血を受けた時期 年 月

輸血を受けた理由 a 手術 b 出産
c その他(具体的に記入してください)
()

・具体的事例：食道静脈瘤の破裂、消化器系疾患、外傷などにより大量の出血をした。

長期に血液透析を受けている。

非加熱凝固因子製剤や1994年(平成6年)以前にフィブリノゲン製剤(フィブリン糊としての使用を含む)の投与を受けたことがある。

・具体的事例：過去、医療機関で「血が止まりにくい」と指摘を受けた。

臓器移植を受けたことがある。

—受検者署名欄—

上記のとおり、感染した可能性が高いことから肝炎ウイルス検査を希望します。

なお、検査結果で陽性だった場合には、紹介された専門医療機関等を2ヶ月以内に必ず受診することを約束するとともに、受診状況を報告し、報告していない場合は受診確認のため電話連絡等があることを承諾します。

なお、肝炎ウイルス検査を過去に一度も受けたことはありません。

自 署： _____

—担当医署名欄—

上記の要因により、肝炎ウイルスに感染している可能性が高い者として、肝炎ウイルス検査を実施する。

なお、肝炎ウイルスの治療歴がなく、医療機関や職場、市町村、保健所等にて、過去に1度も肝炎ウイルス検査を受けたことがないことを本人に確認した。

医療機関名：

住 所：

電 話：

担当医： _____

(検査医療機関→専門医療機関等→受検者管轄保健所→県庁)

肝炎ウイルス紹介状兼報告書

受付番号 番	受付日	年 月 日
	結果通知予定日	年 月 日

検査項目	<input type="checkbox"/> B型肝炎 + C型肝炎
------	--------------------------------------

氏名 男・女 生年月日 年 月 日 (歳)

住所 市・郡 町

※北九州市、福岡市、久留米市在住の方は、各市の保健所または契約医療機関で、検査を受けてください。

(電話番号) 自宅： — — 携帯： — —

— 紹介状 —

上記の方は、当院において肝炎ウイルス検査を実施した結果、下記のとおり判定されました。
ご多忙中恐縮ですが、精密検査及び治療方針の決定等についてご検討をお願いいたします。
なお、結果につきましては本書及び肝炎ウイルス精密検査報告書にご記入のうえ、上記送付先へ
ご返信くださるようお願いいたします。

C型肝炎 ウイルス	判定結果	1. 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い 2. 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い
	判定理由	①～⑥のいずれかを記入 ()
B型肝炎ウイルス (HBs抗原検査)	1	陽性
	2	陰性

※ 判定理由
① HCV抗体検査高力価・HCV核酸増幅検査陽性
② HCV抗体検査中力価・HCV核酸増幅検査陽性
③ HCV抗体検査中力価・HCV核酸増幅検査陰性
④ HCV抗体検査低力価・HCV核酸増幅検査陽性
⑤ HCV抗体検査低力価・HCV核酸増幅検査陰性
⑥ HCV抗体検査陰性

年 月 日

医療機関名： _____

医師名： _____

— 受診状況報告 — (専門医療機関等にて記入)

上記の者について、当院にて受診・治療したことを報告します。(経過観察・要治療)

年 月 日

医療機関名： _____
担当医師名： _____

(専門医療機関等→検査医療機関)

肝炎ウイルス精密検査報告書

受付番号 番	受 付 日	年 月 日
	結果通知予定日	年 月 日
検査項目	<input type="checkbox"/> B型肝炎 + C型肝炎	
氏名	男・女	生年月日 年 月 日 (歳)
住所	市・郡	町
※北九州市、福岡市、久留米市在住の方は、各市の保健所または契約医療機関で、検査を受けてください。		
(電話番号) 自宅:	-	携帯: -
- 受診状況報告 - 医療機関 担当医師 殿		
下記のとおり精密検査等を報告いたします。		
1 受診日 年 月 日		
2 診断 (該当する <input type="checkbox"/> にチェックをお願いします)		
<input type="checkbox"/> 感染の既往のみ		
<input type="checkbox"/> キャリア B型 C型		
<input type="checkbox"/> 急性肝炎 B型 C型		
<input type="checkbox"/> 慢性肝炎 B型 C型		
<input type="checkbox"/> 肝硬変 B型 C型		
<input type="checkbox"/> その他 ()		
3 検査所見 (実施した検査の <input type="checkbox"/> にチェックをお願いします)		
1) 肝炎ウイルス検査		
<input type="checkbox"/> HBc 抗体 <input type="checkbox"/> HBe 抗原 <input type="checkbox"/> HBe 抗体 <input type="checkbox"/> HBV-DNA		
<input type="checkbox"/> HCV-RNA <input type="checkbox"/> HCV セロタイプ		
2) 画像検査		
<input type="checkbox"/> 腹部エコー <input type="checkbox"/> 腹部 CT <input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡		
3) 腫瘍マーカー		
<input type="checkbox"/> AFP <input type="checkbox"/> PIVKA-II <input type="checkbox"/> その他 ()		
4) 今後の治療方針等		
<input type="checkbox"/> 経過観察不要		
<input type="checkbox"/> 経過観察 (月)		
<input type="checkbox"/> 要治療 (インターフェロン、インターフェロンフリー、核酸アナログ製剤、その他)		
5) 備考		
[]		
年 月 日		
医療機関名: _____		
担当医師名: _____		