

医療機関の受診状況等に関する調査票

本調査は、愛媛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、当方から問い合わせる場合があります。

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。なお、回答内容の集計に当たっては、市町の健康増進事業担当部局等と連携して事業を実施するため、相互に情報提供しますが、個人を特定できないよう配慮します。

ご協力のほどよろしくお願いいたします。(□にチェックをお願いします)

【本調査に関するお問い合わせ先】

愛媛県保健福祉部健康衛生局健康増進課 (TEL 089-912-2402)

愛媛県〇〇保健所 (TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)

【肝炎に関するご相談窓口】

愛媛大学医学部附属病院 肝疾患診療相談センター (TEL 089-960-5955)

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、説明を受けた病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 ()

肝臓病の治療は受けていない。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: ころ)

その他 ()

肝臓病の治療を完了した。

お名前: _____ 記載年月日: _____ 年 月 日