肝炎ウイルス陽性者フォローアップ事業参加同意書　　　様式３

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、御自身の状態を確認することが重要です。

青森県及び一部の県内市町村では、肝炎ウイルス陽性者の方に対するフォローアップを行っています。

フォローアップへ御参加いただいた場合、定期的に電話等により医療機関の受診状況や治療内容を確認させていただき、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・講習会等の御案内を差し上げ、肝炎ウイルスの自己管理を支援します。

また、検査後の初回の精密検査や、定期検査の費用の助成制度を利用するためには、県または市町村のフォローアップへの参加が必須となっています。

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。

下記のいずれかにチェックをつけて、必要事項を御記入の上、御提出ください。

以下の①および②の該当する□に✔を付けてください。（必須）

①　県または市町村で実施するフォローアップ事業に参加することに

　　　　　　　　　　　　　　□同意します。　　□同意しません。

②　お住まいの市町村で実施するフォローアップ事業への参加を希望しない場合は、以下

に✔を付けてください。

　□市町村でのフォローアップを希望しません。

氏名（記名・押印又は自署）：

性別：　男　・　女　　　　　生年月日：　　　　年　　　　月　　　　日

電話番号：　　　　　　－　　　　　　－

住　　所：

|  |
| --- |
| 【同意書の提出先及びお問い合わせ先】〒０３０－８５７０　青森県青森市長島一丁目１番１号青森県健康医療福祉部がん・生活習慣病対策課がん対策推進グループ（電話：０１７－７３４－９２１６） |