

フォローアップ事業参加同意書

肝炎ウイルスに感染した場合、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、ご自身の状態を確認することが重要です。

フォローアップ事業へご参加いただいた場合、初回精密検査の受診状況等を確認させていただき、他に、年に一回程度調査票をお送りするなどにより、医療機関の受診状況や治療内容を確認させていただきます。

また、必要に応じて電話等でご連絡差し上げる場合がございます。

本事業にご参加いただいた方には、初回精密検査費用の助成*がご利用いただけるほか、肝炎ウイルスの感染を原因とする慢性肝炎、肝硬変及び肝がん患者で住民税非課税世帯又は市町村民税（所得割）課税年額が 235,000 円未満の世帯に属する方の場合には、定期検査費用の助成*もご利用いただくことができます。

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。

*助成には一定の要件があります。詳しくは下記の「お問い合わせ先」までお問い合わせください。

上記を確認の上、フォローアップ事業の参加に同意します。

氏名（自署）： _____ 性別： 男 ・ 女 _____

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 電話番号： _____ ー _____

住民票記載の住所： 〒 _____ ー _____

※本同意書は、検査結果説明時に検査受検保健所にご提出ください

【フォローアップ実施機関・お問い合わせ先】

〒350-0495 埼玉県入間郡毛呂山町毛呂本郷38

埼玉県肝疾患診療連携拠点病院（埼玉医科大学病院）内 埼玉県肝臓病相談センター

（電話番号 049-276-2038）

【検査実施保健所】

保健所（電話番号 _____ ー _____ ）