様　式　５

肝炎ウイルス陽性者フォローアップ事業参加同意書

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、ご自身の状態を確認することが重要です。

香川県では、肝炎ウイルス陽性者の方に対するフォローアップ事業を行っています。

フォローアップ事業へご参加いただいた場合、年１回調査票により、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を差し上げる場合があります。

本事業にご参加いただいた方には、随時必要な相談支援を行うほか、肝疾患治療の講習会等のご案内を差し上げます。

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。ただし、市町や保健所設置市の健康増進事業担当部局等と本事業について連携し情報提供することがあります。**※**

下記のいずれかにチェックをつけて、必要事項をご記入の上、ご提出ください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

□ フォローアップに同意する

□ フォローアップに同意しない

氏名（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】

香川県東讃保健所（TEL 0879-29-8261）さぬき市津田町津田930-2

香川県小豆保健所（TEL 0879-62-1373）小豆郡土庄町渕崎甲2079-5

香川県中讃保健所（TEL 0877-24-9962）丸亀市土器町東八丁目526

香川県西讃保健所（TEL 0875-25-2052）観音寺市坂本町七丁目3-18

香川県感染症対策課（TEL 087-832-3303）高松市番町4-1-10

　肝炎ウイルス検査実施機関　□保健所　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　）

この書類は、香川県ウイルス性肝炎患者等重症化予防事業の検査費用請求をする場合に必要となるものです。

* 市町の住民健診で陽性と判定された方は、お住まいの市町にてフォローアップを行いますので、この同意書の写しをお住まいの市町へ送付します。