

函館市肝炎ウイルス陽性者フォローアップ事業実施要領

(目的)

第1条 この要領は、ウイルス性肝炎陽性者フォローアップ事業の実施に関して必要な事項を定めることを目的とする。

(事業の趣旨)

第2条 この事業は、肝炎ウイルス検査陽性者のフォローアップにより早期治療に繋げ、ウイルス性肝炎患者等の重症化予防を図ることを目的とする。

(対象者)

第3条 本事業の対象者は、次のいずれかの要件に該当する者で、肝炎ウイルス陽性者フォローアップ事業参加同意書(別紙様式1)により、本事業への参加に同意した者とする。

(1) 函館市ウイルス性肝炎検査実施要領に基づき実施する肝炎検査の結果、HBs抗原検査において「陽性」と判断された者、またはC型肝炎ウイルス検査において「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」と判定された者

(2) 上記(1)に定める対象者に準ずると判断される者

(留意事項)

第4条 本事業の実施にあたっては、個人情報の取扱いに留意するとともに、個人のプライバシーに配慮する。

また、国や都道府県、都道府県が指定する肝疾患医療連携拠点病院と連携を図り、これらの機関が実施する肝炎ウイルス検査陽性者のフォローアップに資する事業へ必要に応じて協力する。

(実施方法)

第5条 本事業は下記のとおり実施するものとする。

(1) 調査票の送付

第3条に該当する対象者に対し、年1回調査票(別紙様式2)を送付し、併せて医療機関への受診勧奨に関する文書や肝疾患医療連携拠点病院が実施する事業に関する文書等を必要に応じて送付す

る。

(2) 対象者の状況確認

返送された調査票により対象者の状況確認を行い、フォローアップ事業対象者一覧表（別紙様式3）に記載し、返送された調査票とともに保管する。なお期限までに調査票が返送されなかった対象者については、再度送付するとともに、必要に応じて電話連絡等を行う。

(3) フォローアップの終了

対象者が次のいずれかに該当する場合には、本要領におけるフォローアップを終了する。

ア 過去1年以内に肝疾患に関して医療機関を受診した者

イ フォローアップの参加を辞退した者

ウ 転居等の理由により文書の送付先が不明となった者

なお、調査票の回答がない等の理由により、フォローアップ事業への参加の意思がないと判断される場合には、必要に応じて上記イと同様に取り扱うものとする。

附 則

この要領は、令和元年10月1日から施行する。

この要領は、令和6年2月1日から施行する。

(別紙様式1)

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。

函館市では、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回調査票をお送りして、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。

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に☑をつけて、必要事項をご記入の上、ご提出ください。

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

年 月 日

氏名(自署) : _____

電話番号 : _____ - _____

住所 : 〒 _____ - _____

【同意書の提出先およびお問い合わせ先】

市立函館保健所 保健予防課

TEL 0138-32-1547

(別紙様式2)

医療機関の受診状況等に関する調査票

本調査は、函館市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、当方からお問い合わせをさせていただく場合があります。なお、個人情報およ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。

ご協力のほどよろしくお願いいたします。

【本調査に関するお問い合わせ先】

市立函館保健所保健予防課 (TEL 0138-32-1547)

お名前 _____

記載年月日： 年 月 日

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 ころ 医療機関名：)

⇒ 「はい」の方は、問2、問3へ進んでください。

いいえ (受診をしていない理由：)

⇒ 「いいえ」の方はこちらで終了です。

問2 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 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： 年 月頃予定)
- その他 ()

(別紙様式3)

フォローアップ事業対象者一覧表

	対象者氏名	ウイルス性肝炎 検査受診日	ウイルス性肝炎 検査結果	受診の有無 (医療機関名)	受診日	病状・治療の経過	事後	備考
1			<input type="checkbox"/> B型 (+) <input type="checkbox"/> C型 (+)	有 ・ 無 ()			・終了 ・再送 付 ・継続	
2			<input type="checkbox"/> B型 (+) <input type="checkbox"/> C型 (+)	有 ・ 無 ()			・終了 ・再送 付 ・継続	
3			<input type="checkbox"/> B型 (+) <input type="checkbox"/> C型 (+)	有 ・ 無 ()			・終了 ・再送 付 ・継続	
4			<input type="checkbox"/> B型 (+) <input type="checkbox"/> C型 (+)	有 ・ 無 ()			・終了 ・再送 付 ・継続	
5			<input type="checkbox"/> B型 (+) <input type="checkbox"/> C型 (+)	有 ・ 無 ()			・終了 ・再送 付 ・継続	
6			<input type="checkbox"/> B型 (+) <input type="checkbox"/> C型 (+)	有 ・ 無 ()			・終了 ・再送 付 ・継続	
7			<input type="checkbox"/> B型 (+) <input type="checkbox"/> C型 (+)	有 ・ 無 ()			・終了 ・再送 付 ・継続	

8			<input type="checkbox"/> B型 (+) <input type="checkbox"/> C型 (+)	有 ・ 無 ()			・ 終了 ・ 再送 付 ・ 継続	
9			<input type="checkbox"/> B型 (+) <input type="checkbox"/> C型 (+)	有 ・ 無 ()			・ 終了 ・ 再送 付 ・ 継続	
10			<input type="checkbox"/> B型 (+) <input type="checkbox"/> C型 (+)	有 ・ 無 ()			・ 終了 ・ 再送 付 ・ 継続	