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

Ｂ型やＣ型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、重症化することがあります。

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。

岐阜県及び県内の市町村では、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方には、肝疾患治療の最新情報や相談会・講習会等のご案内を差し上げるほか、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。（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をつけて、必要事項をご記入の上、ご提出ください。

□ 岐阜県及び住所地の市町村が行うフォローアップに同意する。

　　注）本書を複写して、保健所から　　　　　市・町・村に送付します。

□ 岐阜県が行うフォローアップに同意するが、住所地の市町村が行うフォローアップには同意しない。

　令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　所 | 〒 |
| 氏名（自署） |  |
| 電 話 番 号 | －　　　　　　－ |
| 生年月日：　　　　年　　月　　日　　　　　性別：　男・女 | |

【同意書の提出先及びお問い合わせ先】

〒５００－８５７０　岐阜市薮田南２－１－１

岐阜県健康福祉部感染症対策推進課

ＴＥＬ ０５８－２７２－８２７０