

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 岐阜市藪田南2-1-1

岐阜県健康福祉部保健医療課

TEL 058-272-8270