

石川県肝炎診療連携参加同意書

あなたは肝炎ウイルス検診陽性と判定されましたのでウイルス性肝疾患と診断されます。
ウイルス性肝疾患は肝硬変へ進展し、肝がんがしやすい病気です。

石川県は国の肝炎診療ガイドラインを受け、B型肝炎、C型肝炎ウイルスに感染していらっしゃる石川県民の健康を守るためにかかりつけの先生と専門の先生、行政が一緒になって診療する事業を平成22年より開始しています。この事業のために肝疾患診療連携拠点病院（金沢大学附属病院）と肝疾患専門医療機関で「石川県肝炎診療連携」のための「連携協議会」を立ち上げています。

ウイルス性肝疾患は症状がでないまま何年もかかって知らないうちに進んでしまいます。
国の診療ガイドラインでは状態に変化がなくとも、年1回は専門医療機関での診察を推奨しています。また定期的かつ適切な肝画像診断を行っていくことが推奨されています。

この事業に登録することで下記のことが行われます。

- (1) 肝疾患診療連携拠点病院に過去の診療情報及び肝炎医療費助成の利用状況等を集め、専門医療機関、かかりつけ医と連携して治療を支援します。
- (2) 年1回、治療を支援するために連携協議会より文書でご連絡します。
 - ・適切な診療が行われているかどうか確認します。
 - ・専門医において病状や治療方針を確認することをお勧めします。
- (3) 専門の相談員（医師や看護師等）による相談・支援を連携協議会参加施設で行います。
- (4) 最新の治療情報や講演会の開催案内などのお知らせをします。

あなたの個人情報は本事業以外の目的に使用いたしません。また事業に係わらない第三者に情報を漏らすことはありません。

下記いずれかに○をつけていただき、氏名・生年月日・住所等をご記入の上、返信用封筒で「連携協議会（肝疾患診療連携拠点病院内）」宛てへご郵送ください。

石川県肝炎診療「連携協議会」 殿：	記入日： 年 月 日
石川県肝炎診療連携の参加に	同意します 同意しません

(フリガナ) _____

氏名 _____

性別： 男 ・ 女 _____

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日生

〒

住所： _____

電話番号： _____

肝炎ウイルス陽性と判定された検査に○をつけてください。

- ・市町での検診
- ・保健所での検査(保健所名： _____)
- ・医療機関での検査
- ・職場での検診
- ・その他の検査(_____)

検査結果通知日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

(陽性と分かった日)