医療機関の受診状況等に関する調査票

資料５

**太枠内ご回答欄について、該当する箇所の□にチェックし、必要事項を御記入ください（回答は一つのみ）**

**裏に続く**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 質問内容 | ご回答 |
| １ | ウイルス検診で「肝炎ウイルスが陽性または感染している可能性が高い」と判定された際に、紹介された肝炎専門医療機関（精密検査）を受診しましたか | □はい　　→**３へお進みください**  □いいえ　→**２へお進みください** |
| ２ | １で“いいえ”と答えた方にお聞きします。  肝炎専門医療機関で精密検査受診していないのは、なぜですか | □ 症状がないので行く必要がないと思っていた  □ （仕事などで）受診する時間がなかった  □ 精密検査を受診するのを忘れていた  □ 受診しようと思えばできるが面倒だから  □ 検査を受けた医療機関で定期的に肝機能検査を受診しているため  □ 検査結果を聞いていない（聞きに行けていない）  □ 経済的な負担があるから  □ その他（理由を記入してください）  **肝炎専門医療機関への受診を強くお勧めします**  “いいえ”の方への質問は終了です。  　　→ |
| ３ | １で “はい”と答えた方にお聞きします。差し支えなければ、肝炎専門医療機関で説明を受けた病状を教えて下さい | □ 肝炎ウイルスに感染しているが肝炎は発病していない  （無症候性キャリア）  □ 慢性肝炎  □ 肝硬変  □ 肝がん  □ その他(病名を記入ください)  →  **４へお進みください** |
| ４ | 現在の治療状況を教えて下さい。 | □ 治療を受けている  □ 治療を受け、終了した  **６へお進みください**  　　　　　　　　　　　　　　　　→  □ 肝疾患の治療を受けていない  **５へ進みください**  → |
| ５ | 治療を受けていない方  現在の状況を教えてください。 | □ 医療機関を定期的に受診している  □ 特に何もしていない  **肝炎専門医療機関への継続的な受診をお勧めします。**質問は終了です。 |
| ６ | 治療を受けている方  一定の条件を満たす方は、B型C型ウイルス性肝炎に対するインターフェロン（フリー）治療や拡散アナログ製剤治療について、医療費助成制度が利用できます。利用されていますか。 | □ 医療費助成を利用している（していた）  □ 医療費助成制度の条件を満たさなかったため、利用できなかった  □ 医療費助成を利用していない  **肝炎治療医療費助成の認定条件に該当する方であれば、申請することができます。**  **申請方法は大阪府健康医療部保健医療室健康づくり課肝炎治療医療費助成担当**  06-6941-0351までお問い合わせください。  又は、大阪府のホームページをご覧ください  ―210―4795 |
| ７ | その他、御意見ご質問などあればご記入  ください |  |

以上で質問は終わります。ご協力ありがとうございました。