

新潟市ウイルス性肝炎患者等重症化予防推進事業実施要綱

(目的)

第1条 この事業は、市民からのウイルス性肝炎に関する相談に応じることで正しい知識を普及させるとともに、肝炎ウイルス検査後の受診状況を調査し、相談やフォローアップにより陽性者を早期治療に繋げ、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。

(事業内容)

第2条 この要綱に定める事業の内容は、次のとおりとする。

(1) B型及びC型ウイルス肝炎に関する相談事業

新潟市は、B型及びC型ウイルス肝炎に関する相談を希望する者に対して相談に応じ、必要に応じて保健指導を行う。

(2) 陽性者フォローアップ事業

新潟市は、次条各号に定める者に対して、肝炎ウイルス陽性者フォローアップ事業（以下「フォローアップ事業」）への参加について別記様式第1号、別記様式第2号の1又は別記様式第2号の2により本人の同意を得た上で、別記様式第3号の1又は別記様式第3号の2により医療機関の受診状況や診療状況を確認し、未受診の場合は必要に応じて受診を勧奨する。

(対象者)

第3条 フォローアップ事業の対象者は、市内に住所を有する者で、次の各号のいずれかに該当する者とする。

- (1) 新潟市特定感染症検査等事業実施要綱（平成14年4月1日制定）若しくは新潟市肝炎ウイルス検査事業実施要領（平成20年4月1日制定）に基づき、新潟市が実施するB型肝炎ウイルス検査において「陽性」又は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（以下「陽性者」という）

(2) 新潟県が実施する初回精密検査費用及び定期検査費用の助成事業の請求を行うことにより把握した陽性者

(3) その他、市町村や医療機関等で実施する肝炎ウイルス検査（職域で実施する肝炎ウイルス検査、母子保健法に基づき市町村が実施する妊婦健康診査における肝炎ウイルス検査及び手術前1年以内に行われた肝炎ウイルス検査を含む。）を受けた者などからの情報提供等により把握した陽性者

（実施にあたっての留意事項）

第4条 本事業の企画及び立案に当たっては、事業を効率的、効果的に実施するため、関係機関等と連携を密にし、地域の実情に応じた事業の推進に努めることとする。

また、検査等の実施に際しては、個人のプライバシー等人権の保護に十分配慮する。

附 則

この要綱は、平成26年7月1日から施行し、平成26年4月1日から適用する。

附 則

（施行期日）

1 この要綱は、平成31年1月1日から施行する。

（経過措置）

2 この要綱の施行の際現に存する改正前の書式による用紙は、当分の間、所要の整理をして使用することができる。

附 則

この要綱は、令和2年2月1日から施行し、平成31年4月1日から適用する。

附 則

この要綱は、令和2年7月1日から施行し、令和2年4月1日から適用する。

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。

新潟市では、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。

本事業にご参加いただいた方には、相談をお受けする他、相談会・講演会等を開催する際にはご案内を差し上げます。

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。

太枠内をご記入の上、ご提出ください。

年 月 日

新潟市長 宛

氏 名： _____

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

電話番号： _____ - _____ - _____

※日中連絡可能な連絡先を記入してください

住 所： 〒 _____

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

※今回同意をいただけない場合でも、別紙調査票にご回答をお願いします。

返信を確認できない場合、医療機関の受診状況や治療内容を確認するため、電話でご連絡を差し上げることがあります。

※次年度からの調査票はお送りしません。

問い合わせ先及び検査費用助成の窓口

- 新潟市保健所保健管理課：025-212-8194
- 区役所健康福祉課健康増進係
北 区：025-387-1340 東 区：025-250-2350
中央区：025-223-7246 江南区：025-382-4340 秋葉区：0250-25-5686
南 区：025-372-6375 西 区：025-264-7423 西蒲区：0256-72-8380

※この書類は、新潟県ウイルス性肝炎患者等重症化予防推進事業の検査費用（初回精密検査）の請求の際に必要な物です。

肝炎ウイルス陽性者フォローアップ事業参加同意書

(肝炎ウイルス検査結果通知書)

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。

新潟市では、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。

本事業にご参加いただいた方には、相談をお受けする他、相談会・講演会等を開催する際にはご案内を差し上げます。

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。

太枠内をご記入の上、ご提出ください。

年 月 日

新潟市長 宛

氏名

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

生年月日： 年 月 日

電話番号： - -

※日中連絡可能な連絡先を記入してください

住 所：〒

保健所記入欄

検査年月日	年 月 日
HBs抗原検査	1 陽性
	2 陰性
C型肝炎ウイルス検査	1 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い
	2 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い
保健所名	新潟市保健所

問い合わせ先及び検査費用助成の窓口

- 新潟市保健所保健管理課：025-212-8194
- 区役所健康福祉課健康増進係
北区：025-387-1340 東区：025-250-2350
中央区：025-223-7246 江南区：025-382-4340 秋葉区：0250-25-5686
南区：025-372-6375 西区：025-264-7423 西蒲区：0256-72-8380

※この書類は、新潟県ウイルス性肝炎患者等重症化予防推進事業の検査費用（初回精密検査）の請求の際に必要な物です。

肝炎ウイルス陽性者フォローアップ事業参加同意書 (肝炎ウイルス検査結果通知書)

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。

新潟県では、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。

本事業にご参加いただいた方には、相談をお受けする他、相談会・講演会等を開催する際にはご案内を差し上げます。

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。

太枠内をご記入の上、ご提出ください。

年 月 日

新潟県知事 様

氏名

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

生年月日： 年 月 日

電話番号： - -

※日中連絡可能な連絡先を記入してください

住 所：〒

保健所記入欄

検査年月日	年 月 日
HBs抗原検査	1 陽性
	2 陰性
C型肝炎ウイルス検査	1 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い
	2 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い
保健所名	新潟市保健所

【問い合わせ先及び検査費用助成の窓口】新潟県各地域の保健所(地域振興局)

保健所名	住 所	電話番号	保健所名	住 所	電話番号
村 上	村上市肴町 10-15	0254-53-8368	新発田	新発田市豊町 3-3-2	0254-26-9651
新 津	新潟市秋葉区南町 9-33	0250-22-5174	三 条	三条市興野 1-13-45	0256-36-2362
長 岡	長岡市川崎町字前田 2711-1	0258-33-4932	魚 沼	魚沼市大塚新 116-3	025-792-8612
南魚沼	南魚沼市六日町 620-2	025-772-8142	十日町	十日町市高山 857	025-757-2402
柏 崎	柏崎市鏡町 1-9	0257-22-4112	上 越	上越市春日山町 3-8-34	025-524-6134
糸魚川	糸魚川市南押上 1-15-1	025-553-1933	佐 渡	佐渡市相川二丁目浜町 20-1	0259-74-3403

※この書類は、新潟県ウイルス性肝炎患者等重症化予防推進事業の検査費用(初回精密検査)請求の際に必要な物です

医療機関の受診状況調査票 (初回)

問1 肝炎ウイルス検査の結果説明(陽性)を受けた後、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:)

いいえ (受診をしていない理由)



何ともない・大丈夫と言われたから

検査を受けた覚えがない

その他 ()

問2 (問1で「はい」と回答した場合) 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 (問1で「はい」と回答した場合) 治療状況と今後の予定を教えてください。

今回の検査以前から、定期的を受診していた。

今回の検査後から、治療を受けている。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

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: ころ)

その他

()

問4 その他、ご意見やご質問などありましたら、ご記載ください。

お名前: _____

記載年月日: _____ 年 月 日

医療機関の受診状況等に関する調査票

本調査は、新潟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、個人情報及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】

新潟市保健所保健管理課 (電話 025-212-8194)

【肝炎に関するご相談窓口】

新潟大学医歯学総合病院 肝疾患相談センター (電話 025-223-6192)

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:)
 いいえ (受診をしていない理由:)

問2 (問1で「はい」と回答した場合) 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 (問1で「はい」と回答した場合) 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
 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: ころ)
 その他 ()

問4 その他、ご意見やご質問などありましたら、ご記載ください。

お名前: _____

記載年月日: _____ 年 月 日