

フォローアップ事業参加同意書

東京都では、検査費用助成を申請された方が確実に治療につながるよう、その後の受診状況や治療内容についての確認等フォローアップを行っています。

助成の申請をされる方は、本同意書をよくお読みいただき、必要事項の御記入をお願いいたします。

<必ず御確認ください>

- 本同意書については、東京都で保管し、本事業の目的を達成するためにウイルス検査を実施した東京都保健所または、住民登録のある区市町村に本書の写しを提供することがあります。
- 同意をされた方へは、東京都（都保健所を含む。）又は区市町村から、医療機関の受診状況等の確認のため、必要に応じて、年1回程度、調査票の送付やお電話をすることがあります。
- 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。

上記を確認の上、フォローアップ事業の参加に同意します。

氏名（自署）： _____ 性別： _____
 生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 電話番号： _____ — _____
 住民票記載の住所： 〒 _____ — _____ 区町
 市村

<連絡先>（状況確認のための調査票の送付先、電話番号が上記と異なる場合に御記入ください。）

送付先住所： 〒 _____ — _____ 区町
 市村 宛名： _____ 電話番号： _____ — _____

<初回精密検査費用の助成を申請される方は、以下について御回答ください。>

問1 精密検査を受けた時期、医療機関について教えてください。

受診日： _____ 年 _____ 月頃 医療機関名： _____

問2 差し支えなければ、初回精密検査の結果を教えてください。

- 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・肝硬変・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）のいずれか
- 特に異常なし
- 結果待ち
- その他（ _____ ）

問3 今後の治療方針が決まっていたら教えてください。

- インターフェロン治療
- 核酸アナログ製剤治療
- インターフェロンフリー治療
- 経過観察（次回の受診目安： _____ 年 _____ 月頃）
- その他（ _____ ）

【同意書の郵送先及びお問合せ先】

〒163-8001 東京都新宿区西新宿二丁目8番1号 東京都庁第一本庁舎29階南側
 東京都保健医療局保健政策部疾病対策課（電話番号 03-5320-4476）