

C型・B型肝炎ウイルス検査受診申込票

受診日 **20. 3.10** 日

◎太枠の中をボールペンでご記入ください。

住所	[Redacted]			
	[Redacted]			
氏名	フリガナ	マツノ ヒロシ	電話番号	[Redacted]
		松岡 浩司	生年月日	[Redacted]
※自己負担金は還付できませんので、予めご了承ください。		自己負担金免除該当者	③70歳(70歳に達する方を含む) ④生保 ⑤非課税世帯 ⑥障・傷・母(名 -) 福 ()	
		対象者区分	40・45・50・55・60・65・70 その他	

◎太枠の中をボールペンでご記入ください。

問診 (該当するところに「○」または「文字」を記入してください。)	
1 肝臓病にかかったことや、肝機能が悪いと言われたことがありますか。 はい (歳頃) <u>いいえ</u>	
2 過去に輸血を受けたことがありますか。 はい (歳頃) <u>いいえ</u>	
3 過去にC型肝炎・B型肝炎ウイルス検査を受けたことがありますか。 (1) C型 はい (歳頃) <u>いいえ</u> (2) B型 はい (歳頃) <u>いいえ</u>	
4 現在又は過去に、C型肝炎・B型肝炎の治療を受けていますか。 (1) C型 はい (歳頃) <u>いいえ</u> (2) B型 はい (歳頃) <u>いいえ</u>	

郵送による結果通知	<u>希望する</u> ・ 希望しない
-----------	---------------------

受		自己負担金	
付		免除者	

No.