



福岡県医発第 2820 号 (地)

平成 2 5 年 3 月 2 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会

会長 松 田 峻 一 良

(公 印 省 略)

平成 2 5 年度肝炎ウイルス無料検査について

標記の件につきまして、平成 2 5 年度においても継続して実施される旨、福岡県保健医療介護部長より通知がありましたのでお知らせします。

B 型及び C 型肝炎ウイルス無料検査は、肝炎ウイルス感染状況を確認し必要に応じ、適切な治療につなげることにより、肝炎による健康障害を回避し、肝硬変及び肝臓がんを予防することを目的に、B 型肝炎ウイルス検査または C 型肝炎ウイルス検査を過去に一度も受けていない者を対象に平成 1 9 年度より実施されております。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了解いただき、貴会会員への周知方よろしくお願い申し上げます。

小郡三井医師会より

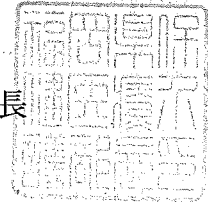
地域保健担当理事 白石恒明
会長 蒲池 壽

24健第4766号

平成25年2月20日

社団法人福岡県医師会会長 殿

福岡県保健医療介護部長
(健康増進課)

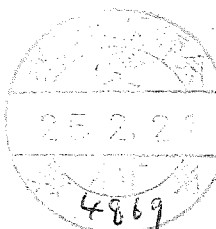


平成25年度肝炎ウイルス無料検査について

日頃から本県の保健医療介護行政の推進にあたりましては、ご理解ご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

標記について、平成19年度から平成24年度の6年間にかけて肝炎ウイルス無料検査を実施しておりますが、平成25年度も継続して実施することとなりました。

ついては、本事業の趣旨をご理解の上、実施についてご協力いただきますようお願い申し上げます。



医療機関における B 型及び C 型肝炎ウイルス検査について

1 目的

B型肝炎ウイルス検査またはC型肝炎ウイルス検査を過去に一度も受けていない者に対して、肝炎ウイルス感染状況を確認し必要に応じて適切な治療につなげることにより、肝炎による健康障害を回避し、肝硬変及び肝臓がんを予防する。

2 対象者

福岡県在住（北九州市・福岡市・大牟田市・久留米市を除く）の 20 歳以上で、原則として過去に同様の検査を一度も受けていない方。

3 検査項目

(1) B型肝炎ウイルス検査～HBs 抗原検査

(2) C型肝炎ウイルス検査～HCV 抗体検査

HCV 核酸増幅検査（HCV 抗体検査において中力価・低力価と判定された検体に実施）

4 検査料金

1 件あたり 4, 210 円

5 契約条件

- (1) 陽性者を確実に受診勧奨すること
- (2) 肝炎ウイルス研修会への参加をすること

6 検査及び支払手続

別紙 2 参照

検査及び支払手続の流れ

1 検査

<検査医療機関>

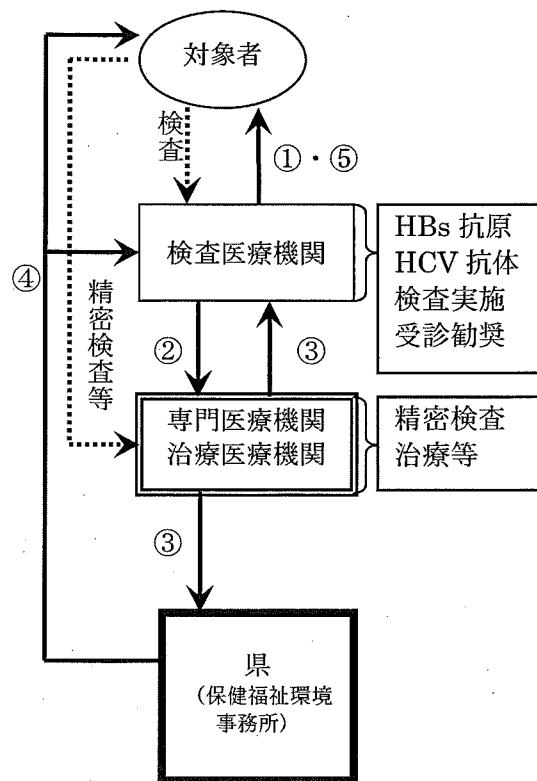
- ①対象者へ問診等（3枚複写）を行い、陽性の場合、必ず県が指定した福岡県肝疾患専門医療機関（以下、「専門医療機関」と略）または肝炎治療医療機関（以下、「治療医療機関」と略）を受診することを確認し、検査（HBs抗原・HCV抗体）を行う。
- ②陽性の場合、紹介状兼報告書（4枚目）及び精密検査報告書（5枚目）を陽性者へ渡し、専門医療機関または治療医療機関へ受診するよう伝える。
- ⑤保健福祉環境事務所からの未受診者報告を受けた場合、未受診者へ受診勧奨を行う。

<専門医療機関または治療医療機関>

- ③陽性者の精密検査・治療等を行い、精密検査報告書《保健福祉環境事務所用（4枚目）・検査医療機関用（5枚目）》に記入し、保健福祉環境事務所及び検査医療機関へ報告する。

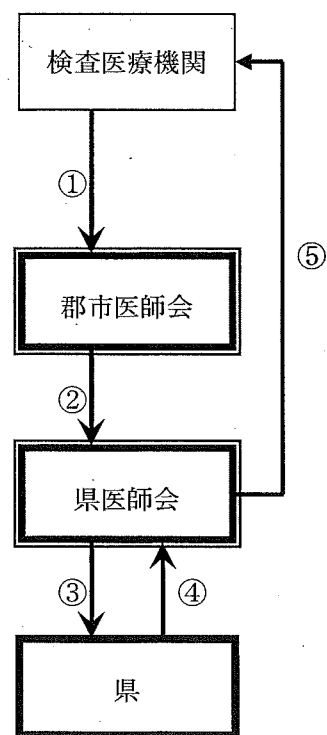
<保健福祉環境事務所>

- ④陽性者が専門医療機関または治療医療機関に受診していないことが確認された場合、検査医療機関へ報告し、未受診者へ受診勧奨を行う。



2 支払

- ①検査医療機関は、問診票（1・2枚目）と実績報告書兼請求書を郡市医師会へ送付する。
- ②郡市医師会は、問診票（1・2枚目）と実績報告書兼請求書を審査し、県医師会へ送付する。
- ③県医師会は、問診票（1枚目）と実績報告書兼請求書を審査し、県へ送付する。
- ④県は、問診票と実績報告書兼請求書を審査し、県医師会へ検査費用を支払う。
- ⑤県医師会は、検査医療機関へ検査費用を支払う。



平成 年 月 日

福岡県肝炎ウイルス検査実績報告書兼請求書

福岡県知事 殿

福岡県福岡市博多区博多駅南2丁目9番30号
社団法人福岡県医師会

松田 峻一良 印

平成 年度 月分の肝炎ウイルス検査が完了いたしましたので、下記のとおり請求します。

記

1 請求額

	一件あたりの料金（消費税込）	件数	合計
肝炎ウイルス検査	円		円
請求金額			円

2 理由

理 由	件数
・1992年（平成4年）以前に輸血を受けたことがある	
・長期に血液透析を受けている	
・非加熱凝固因子製剤や1994年（平成6年）以前にフィブリノゲン製剤（フィブリン糊としての使用を含む）の投与を受けたことがある	
・臓器移植を受けたことがある	
・過去に肝機能異常を指摘されたことがある（GOT・GPT値が要指導判定）	
・医師が肝炎ウイルス検査を必要と判断した	
合 計	

（振込先金融機関）

銀行			支店	口座名義人
預金 種 目	普通預金 当座預金 貯蓄預金	口 座 番 号		カガナ 氏名