

# 神戸市肝炎 ウイルス検査

## 手 引 書

神 戸 市  
神 戸 市 医 師 会

# 肝炎ウイルス検査事業

国による「ウイルス性肝炎患者等の重症化予防推進事業」に基づき、神戸市では指定医療機関において肝炎ウイルス検査を実施し、ウイルス肝炎の早期発見と肝硬変・肝がんの予防に努める。

## 1. 対象者

受診日（検査日）に満20歳以上の神戸市民で、これまでに肝炎ウイルス検査を受けたことがない方

## 2. 検査実施場所

指定医療機関

## 3. 検査費用の徴収

肝炎ウイルス検査では受診者の自己負担はありません。

## 4. 検査項目

- (1) HCV抗体（必要に応じ、HCV-RNA検査※：下記参照）
- (2) HBs抗原

## 5. 採血

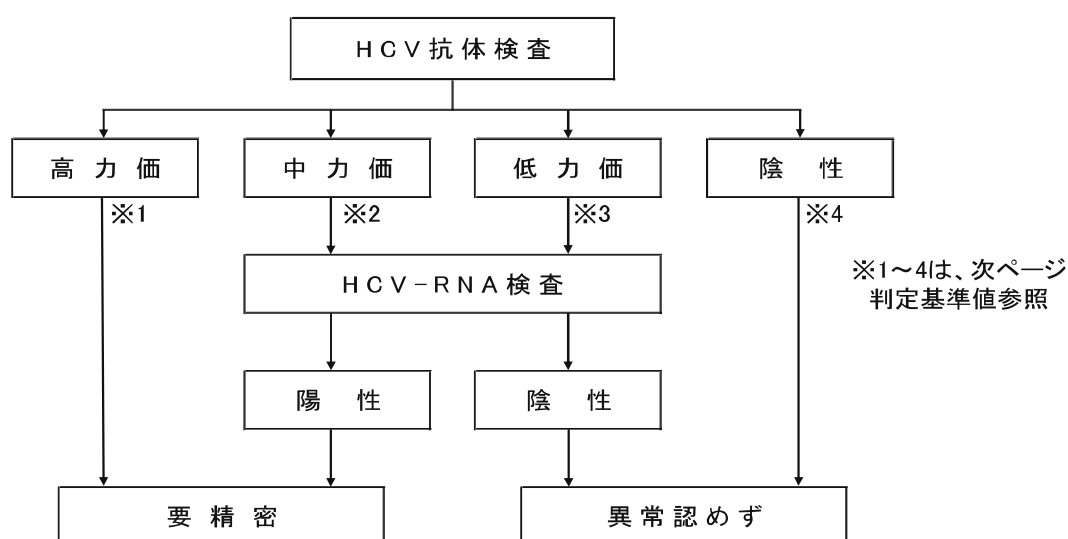
肝炎検査の採血は、生化学検査用採血管 6ml × 1本

HCV-RNA専用採血管 5ml × 1本

※ 採血管は、医師会医療センター（☎795-4848）で準備しています。

※ 受診券の追加送付が必要な場合も医師会医療センターまでご連絡ください。

## 6. C型肝炎ウイルス検査の流れ



## 7. 検査・判定

### (1) 受診時確認項目

肝炎ウイルス検査受診券〔様式1.P4〕の受診年月日、質問項目について必ず記入ください。原則として過去にウイルス検査を受診したことがある方は対象になりません。

### (2) 採血管2本を肝炎ウイルス検査依頼票（医療センター提出用）〔様式4.P7〕とあわせて市医師会医療センターへ提出してください。

※肝炎ウイルス検査の検体は必ず生化学検査用とHCV-RNA専用の採血管2本をご提出ください。

### (3) 血液検査の結果を肝炎ウイルス検査受診券に記入してください。その際には、下記の「C型肝炎ウイルス検査の判定基準値」及び「B型肝炎ウイルス検査の判定基準値」に基づき、（異常認めず、要精密）のいずれかの該当項目に、チェックしてください。

### (4) 肝炎ウイルス検査結果票（受診者用）〔様式3.P6〕を、受診者に交付してください。

### (5) 検査の結果、要精密と判定した者に対して、ウイルス肝炎やその治療について必要な説明をしたうえ、保険扱いで検査または治療することになります。

### (6) 肝炎ウイルス検査受診券（医療機関控）〔様式1.P4〕は、5年間保管してください。

#### （C型肝炎ウイルス検査の判定基準値）

| HCV 抗体 |        | GLEIA法<br>(ルミパルスIIオース HCV) |     |                                           |                                                 |
|--------|--------|----------------------------|-----|-------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| ※1 高力価 | 50以上   | HCV-RNA                    | (+) | 【要精密】<br>「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が極めて高いです。」 | 医療機関の受診を強く勧めます。<br>一度は専門医を受診しましょう。              |
| ※2 中力価 | 5～50未満 |                            | (-) | 【異常認めず】<br>「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性は低いです。」  | 今回検査を受けた日を覚えておきましょう。<br>自覚症状などがあれば、再度検査を受けましょう。 |
| ※3 低力価 | 1～5未満  |                            |     |                                           |                                                 |
| ※4 陰性  | ～ 1未満  |                            |     |                                           |                                                 |

#### （B型肝炎ウイルス検査の判定基準値）

| HBs 抗原 |  | CLIA法<br>(ARCHITECT) |  |                                           |                                                 |
|--------|--|----------------------|--|-------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 0.05以上 |  |                      |  | 【要精密】<br>「現在、B型肝炎ウイルスに感染している可能性が極めて高いです。」 | 医療機関の受診を強く勧めます。<br>一度は専門医を受診しましょう。              |
| 0.04以下 |  |                      |  | 【異常認めず】<br>「現在、B型肝炎ウイルスに感染している可能性は低いです。」  | 今回検査を受けた日を覚えておきましょう。<br>自覚症状などがあれば、再度検査を受けましょう。 |

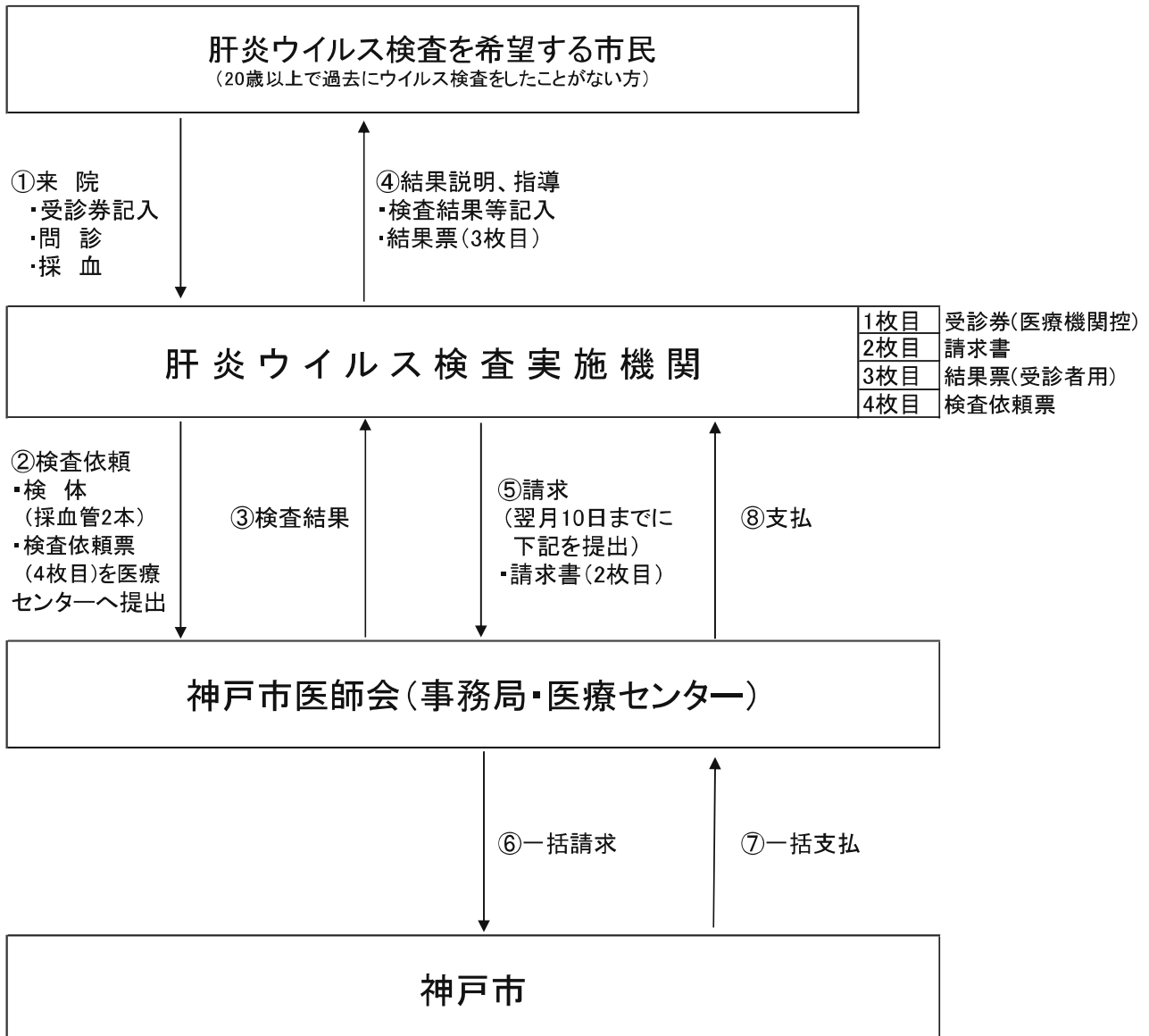
## 8. 請 求

### (1) 肝炎ウイルス検査請求書（医師会医療センター→神戸市）〔様式2.P5〕を、まとめて翌月10日までに市医師会医療センターへ提出してください。

### (2) 会計処理上、年度集計するため、必ず4月10日までに提出してください。

### (3) 肝炎ウイルス検査請求書〔様式2.P5〕の検査結果等の記入がない場合は、検査費用の支払いができません。記入もれのないようにお願いします。

## 肝炎ウイルス検査の流れ図



※受診券は、4枚複写

- 1枚目: 肝炎ウイルス検査受診券(医療機関控)
- 2枚目: 肝炎ウイルス検査請求書(医師会医療センター→神戸市)
- 3枚目: 肝炎ウイルス検査結果票(受診者用)
- 4枚目: 肝炎ウイルス検査依頼票(医療センター提出用)

肝炎ウイルス検査事業

神戸市長

\*対象者は、検査日当日に20歳以上の神戸市民で、過去に肝炎ウイルス検査を受けたことがない方です。  
\*検査を希望する対象者が来院されましたら、本帳票の氏名等の必要事項を記載してもらってください。  
\*また、貴院におきまして、本帳票の中ほど受診（検査）年月日以下の該当項目に、必要事項の記入をお願いします。  
\*医師会医療センターへ検体送付時の「肝炎ウイルス検査依頼票」は本帳票の4枚目（青色）です。

担当：神戸市健康局  
保 健 課

肝炎ウイルス検査受診券

1 枚目 (医療機関控)

|      |                                               |    |   |   |   |   |      |                                                       |
|------|-----------------------------------------------|----|---|---|---|---|------|-------------------------------------------------------|
| フリガナ | 生年<br>月<br>日                                  | 西暦 | 年 | 月 | 日 | 歳 | 電話番号 |                                                       |
| 氏名   |                                               |    |   |   |   |   | 性別   | 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> |
| 住所   |                                               |    |   |   |   |   |      |                                                       |
| 質問項目 | <input type="checkbox"/> 過去に肝炎ウイルス検査を受けたことがない |    |   |   |   |   |      |                                                       |

|            |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |       |      |
|------------|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------|------|
| 受診(検査)年月日  |        | 202                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 年 | 月     | 日    |
| 検査結果       | HBs 抗原 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   | IU/ml | 判定区分 |
|            | HCV 抗体 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   | C.O.I |      |
|            |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |       |      |
|            |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |       |      |
| 医療機関コードNo. |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |       |      |
| 所在地:       |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |       |      |
| 医療機関名:     |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |       |      |
| 担当医師名:     |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |       |      |
| 電 話:       |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |       |      |
|            |        | <p>いずれか1つにチェックをつけて下さい。</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> 異常認めず         </div> <div> <input type="checkbox"/> 要精密         </div> </div> <div style="margin-left: 150px;"> <input type="checkbox"/> 当院で実施         </div> <div style="margin-left: 150px;"> <input type="checkbox"/> 他の医療機関へ紹介<br/>紹介先医療機関名<br/>( )         </div> |   |       |      |
|            |        | 医師会受付No.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |   |       |      |
|            |        | <p>肝炎ウイルス検査の検体は必ず生化学検査用とHCV-RNA専用の採血管2本をご提出ください。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |   |       |      |

※肝炎ウイルス検査は、単独の検査となっています。  
※肝炎ウイルス検査の検体は必ず生化学検査用と HCV-RNA 専用の採血管 2 本をご提出ください。  
※健康保険証等の提示により、受診者がご本人であることをご確認願います。

肝炎ウイルス検査事業

神戸市長

\*対象者は、検査日当日に20歳以上の神戸市民で、過去に肝炎ウイルス検査を受けたことがない方です。  
\*検査を希望する対象者が来院されましたら、本帳票の氏名等の必要事項を記載してもらってください。  
\*また、貴院におきまして、本帳票の中ほど受診（検査）年月日以下の該当項目に、必要事項の記入をお願いします。  
\*医師会医療センターへ検体送付時の「肝炎ウイルス検査依頼票」は本帳票の4枚目（青色）です。

担当：神戸市健康局  
保 健 課

# 肝炎ウイルス検査請求書

2枚目（医師会医療センター→神戸市）

|      |                                               |  |  |      |          |   |                                                       |  |
|------|-----------------------------------------------|--|--|------|----------|---|-------------------------------------------------------|--|
| フリガナ | 氏名                                            |  |  | 生年月日 | 西暦 年 月 日 | 歳 | 電話番号                                                  |  |
| 住所   | 性別                                            |  |  |      |          |   | 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> |  |
| 質問項目 | <input type="checkbox"/> 過去に肝炎ウイルス検査を受けたことがない |  |  |      |          |   |                                                       |  |

|                  |        |                                                      |   |       |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------|--------|------------------------------------------------------|---|-------|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 受診(検査)年月日        |        | 202                                                  | 年 | 月     | 日                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 検<br>査<br>結<br>果 | HBs 抗原 |                                                      |   | IU/ml | 判<br>定<br>区<br>分 | <p>いずれか1つにチェックをつけて下さい。</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <input type="checkbox"/> 異常認めず             <input type="checkbox"/> 要精密           </div> <div style="margin-left: 180px;"> <input type="checkbox"/> 当院で実施           <br/><input type="checkbox"/> 他の医療機関へ紹介<br/>紹介先医療機関名<br/>( )         </div> |
|                  | HCV 抗体 |                                                      |   | C.O.I |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                  |        |                                                      |   |       |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                  |        |                                                      |   |       |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 医療機関コードNo.       |        |                                                      |   |       |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 所 在 地：           |        |                                                      |   |       |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 医療機関名：           |        |                                                      |   |       |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 担当医師名：           |        |                                                      |   |       |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 電 話：             |        |                                                      |   |       |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                  |        | 医師会受付No.                                             |   |       |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                  |        | <p>肝炎ウイルス検査の検体は必ず生化学検査用とHCV-RNA専用の採血管2本をご提出ください。</p> |   |       |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

※肝炎ウイルス検査は、単独の検査となっています。  
 ※肝炎ウイルス検査の検体は必ず生化学検査用と HCV-RNA 専用の採血管 2 本をご提出ください。  
 ※健康保険証等の提示により、受診者がご本人であることをご確認願います。

神戸市長

このたびの肝炎ウイルス検査受診結果につきましては、下記のとおりです。  
検査結果および判定区分についての結果説明は、受診先の医療機関でお受けください。

担当：神戸市健康局  
保 健 課

肝炎ウイルス検査結果票

3枚目（受診者用）

|      |  |                                               |  |    |  |   |  |   |  |   |  |                            |  |                            |  |
|------|--|-----------------------------------------------|--|----|--|---|--|---|--|---|--|----------------------------|--|----------------------------|--|
| フリガナ |  | 生年月日                                          |  | 西暦 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  | 歳                          |  | 電話番号                       |  |
| 氏名   |  | 見本                                            |  |    |  |   |  |   |  |   |  | 性別                         |  |                            |  |
| 住所   |  |                                               |  |    |  |   |  |   |  |   |  | 男 <input type="checkbox"/> |  | 女 <input type="checkbox"/> |  |
| 質問項目 |  | <input type="checkbox"/> 過去に肝炎ウイルス検査を受けたことがない |  |    |  |   |  |   |  |   |  |                            |  |                            |  |

|                  |        |                                                      |   |       |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------|--------|------------------------------------------------------|---|-------|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 受診(検査)年月日        |        | 202                                                  | 年 | 月     | 日                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 検<br>査<br>結<br>果 | HBs 抗原 |                                                      |   | IU/ml | 判<br>定<br>区<br>分 | <p>いずれか1つにチェックをつけて下さい。</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <input type="checkbox"/> 異常認めず             <input type="checkbox"/> 要精密           </div> <div style="margin-left: 180px;"> <input type="checkbox"/> 当院で実施           <br/><input type="checkbox"/> 他の医療機関へ紹介<br/>紹介先医療機関名<br/>( )         </div> |
|                  | HCV 抗体 |                                                      |   | C.O.I |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                  |        |                                                      |   |       |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                  |        |                                                      |   |       |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 医療機関コードNo.       |        |                                                      |   |       |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 所 在 地：           |        |                                                      |   |       |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 医療機関名：           |        |                                                      |   |       |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 担当医師名：           |        |                                                      |   |       |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 電 話：             |        |                                                      |   |       |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                  |        | 医師会受付No.                                             |   |       |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                  |        | <p>肝炎ウイルス検査の検体は必ず生化学検査用とHCV-RNA専用の採血管2本をご提出ください。</p> |   |       |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

※健康保険証等の提示により、受診者をご本人であることをご確認願います。

担当：神戸市健康局  
保 健 課

## 肝炎ウイルス検査依頼票

4 枚目（医療センター提出用）

|      |                                               |    |   |   |   |   |      |                                                       |
|------|-----------------------------------------------|----|---|---|---|---|------|-------------------------------------------------------|
| フリガナ | 生年<br>月 日                                     | 西暦 | 年 | 月 | 日 | 歳 | 電話番号 |                                                       |
| 氏名   |                                               |    |   |   |   |   | 性別   | 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> |
| 住所   |                                               |    |   |   |   |   |      |                                                       |
| 質問項目 | <input type="checkbox"/> 過去に肝炎ウイルス検査を受けたことがない |    |   |   |   |   |      |                                                       |

|           |     |   |   |   |                                                     |  |  |  |            |  |  |  |  |          |  |  |  |
|-----------|-----|---|---|---|-----------------------------------------------------|--|--|--|------------|--|--|--|--|----------|--|--|--|
| 受診(検査)年月日 | 202 | 年 | 月 | 日 |                                                     |  |  |  |            |  |  |  |  |          |  |  |  |
|           |     |   |   |   |                                                     |  |  |  |            |  |  |  |  |          |  |  |  |
|           |     |   |   |   |                                                     |  |  |  | 医療機関コードNo. |  |  |  |  |          |  |  |  |
|           |     |   |   |   |                                                     |  |  |  | 所在地：       |  |  |  |  |          |  |  |  |
|           |     |   |   |   |                                                     |  |  |  | 医療機関名：     |  |  |  |  |          |  |  |  |
|           |     |   |   |   |                                                     |  |  |  | 担当医師名：     |  |  |  |  | 医師会受付No. |  |  |  |
| 電 話：      |     |   |   |   | 肝炎ウイルス検査の検体は必ず生化学検査用と<br>HCV-RNA専用の採血管 2 本をご提出ください。 |  |  |  |            |  |  |  |  |          |  |  |  |

※肝炎ウイルス検査は、単独の検査となっています。

※肝炎ウイルス検査の検体は必ず生化学検査用と HCV-RNA 専用の採血管 2 本をご提出ください。

※健康保険証等の提示により、受診者をご本人であることをご確認願います。