

様式2

令和 7 年度 胃がん検診受診者名簿(内視鏡)

(令和7年4月～9月受診用)

受診日年齢を記入してください

佐世保市国保(30～69歳)の場合○印を

生活保護・市民税非課税の場合○印を

節目検診(40歳・50歳・60歳)の場合○印を

自己負担金を徴収した場合○印を

医療機関名 _____

月分

	月	日	生年月日			30～ 39歳	40～ 69歳	70歳 以上	国 保	非 課 税	生 保	節 目 検 診	自 己 負 担	住 所		一 次 検 診 ①+②総合判定	精密検査紹介先医療機関
			氏 名											電 話 番 号			
胃 が ん (内 視 鏡)	1		T S H . .											町	1 異常なし 2 要精検 3 がん以外の疾患		
				歳	歳	歳						電話番号()					
	2		T S H . .											町	1 異常なし 2 要精検 3 がん以外の疾患		
				歳	歳	歳						電話番号()					
	3		T S H . .											町	1 異常なし 2 要精検 3 がん以外の疾患		
				歳	歳	歳						電話番号()					
	4		T S H . .											町	1 異常なし 2 要精検 3 がん以外の疾患		
				歳	歳	歳						電話番号()					
	5		T S H . .											町	1 異常なし 2 要精検 3 がん以外の疾患		
				歳	歳	歳						電話番号()					
6		T S H . .											町	1 異常なし 2 要精検 3 がん以外の疾患			
			歳	歳	歳						電話番号()						
7		T S H . .											町	1 異常なし 2 要精検 3 がん以外の疾患			
			歳	歳	歳						電話番号()						
8		T S H . .											町	1 異常なし 2 要精検 3 がん以外の疾患			
			歳	歳	歳						電話番号()						
9		T S H . .											町	1 異常なし 2 要精検 3 がん以外の疾患			
			歳	歳	歳						電話番号()						
10		T S H . .											町	1 異常なし 2 要精検 3 がん以外の疾患			
			歳	歳	歳						電話番号()						

※生検をした場合は精密検査扱いとなります。

※1ヶ月分をまとめ、翌月の20日までに請求書・カルテと一緒に提出してください

様式2

令和 7 年度 胃がん検診受診者名簿(透視)

(令和7年4月～9月受診用)

受診日年齢を記入してください

佐世保市国保(30～69歳)の場合○印を
 生活保護・市民税非課税の場合○印を
 節目検診(40歳・50歳・60歳)の場合○印を
 自己負担金を徴収した場合○印を

医療機関名 _____

月分 _____

	月	日	生年月日			30～ 39歳	40～ 69歳	70歳 以上	国 保	非 課 税	生 保	節 目 検 診	自 己 負 担	住 所		一 次 検 診 ①+②総合判定	精密検査紹介先医療機関
			氏 名											電 話 番 号			
胃 が ん (透 視)	1		T S H . .											町	1 異常なし 2 要精検 3 がん以外の疾患		
				歳	歳	歳						電話番号()					
	2		T S H . .											町	1 異常なし 2 要精検 3 がん以外の疾患		
				歳	歳	歳						電話番号()					
	3		T S H . .											町	1 異常なし 2 要精検 3 がん以外の疾患		
				歳	歳	歳						電話番号()					
	4		T S H . .											町	1 異常なし 2 要精検 3 がん以外の疾患		
				歳	歳	歳						電話番号()					
	5		T S H . .											町	1 異常なし 2 要精検 3 がん以外の疾患		
				歳	歳	歳						電話番号()					
6		T S H . .											町	1 異常なし 2 要精検 3 がん以外の疾患			
			歳	歳	歳						電話番号()						
7		T S H . .											町	1 異常なし 2 要精検 3 がん以外の疾患			
			歳	歳	歳						電話番号()						
8		T S H . .											町	1 異常なし 2 要精検 3 がん以外の疾患			
			歳	歳	歳						電話番号()						
9		T S H . .											町	1 異常なし 2 要精検 3 がん以外の疾患			
			歳	歳	歳						電話番号()						
10		T S H . .											町	1 異常なし 2 要精検 3 がん以外の疾患			
			歳	歳	歳						電話番号()						

※1ヶ月分をまとめ、翌月の20日までに請求書・カルテと一緒に提出してください

様式2

令和 7 年度 肺がん検診受診者名簿(X線のみ)

(令和7年4月～9月受診用)

受診日年齢を記入してください

佐世保市国保(40～69歳)の場合○印を

生活保護・市民税非課税の場合○印を

節目検診(40歳・50歳・60歳)の場合○印を

自己負担金を徴収した場合○印を

医療機関名 _____

月分

	月	日	生年月日	40～ 69歳	70歳 以上	国 保	非 課 税	生 保	節 目 検 診	自 己 負 担	住 所	一 次 検 診 ①+②+③ 総合判定	精密検査紹介先医療機関
			氏 名								電 話 番 号		
肺がん (X線 検 査 の み)	1		T S . .	歳	歳						町	1 異常なし 2 要精検 3 その他	
											電話番号()		
	2		T S . .	歳	歳						町	1 異常なし 2 要精検 3 その他	
											電話番号()		
	3		T S . .	歳	歳						町	1 異常なし 2 要精検 3 その他	
											電話番号()		
	4		T S . .	歳	歳						町	1 異常なし 2 要精検 3 その他	
											電話番号()		
	5		T S . .	歳	歳						町	1 異常なし 2 要精検 3 その他	
											電話番号()		
6		T S . .	歳	歳						町	1 異常なし 2 要精検 3 その他		
										電話番号()			
7		T S . .	歳	歳						町	1 異常なし 2 要精検 3 その他		
										電話番号()			
8		T S . .	歳	歳						町	1 異常なし 2 要精検 3 その他		
										電話番号()			
9		T S . .	歳	歳						町	1 異常なし 2 要精検 3 その他		
										電話番号()			
10		T S . .	歳	歳						町	1 異常なし 2 要精検 3 その他		
										電話番号()			

※1ヶ月分をまとめ、翌月の20日までに請求書・カルテと一緒に提出してください

受診日年齢を記入してください

佐世保市国保(40～69歳)の場合○印を

生活保護・市民税非課税の場合○印を

節目検診(40歳・50歳・60歳)の場合○印を

自己負担金を徴収した場合○印を

医療機関名 _____

月分

	月	日	生年月日		40～69歳	70歳以上	国保	非課税	生保	節目検診	自己負担	住 所		一次検診 ①+②+③ 総合判定	精密検査紹介先医療機関
			氏 名	電 話 番 号											
肺がん (X線検査+ 喀痰検査)	1		T S . .	町	1 異常なし 2 要精検 3 その他										
				電話番号()											
	2		T S . .	町	1 異常なし 2 要精検 3 その他										
				電話番号()											
	3		T S . .	町	1 異常なし 2 要精検 3 その他										
				電話番号()											
	4		T S . .	町	1 異常なし 2 要精検 3 その他										
				電話番号()											
	5		T S . .	町	1 異常なし 2 要精検 3 その他										
				電話番号()											
6		T S . .	町	1 異常なし 2 要精検 3 その他											
			電話番号()												
7		T S . .	町	1 異常なし 2 要精検 3 その他											
			電話番号()												
8		T S . .	町	1 異常なし 2 要精検 3 その他											
			電話番号()												
9		T S . .	町	1 異常なし 2 要精検 3 その他											
			電話番号()												
10		T S . .	町	1 異常なし 2 要精検 3 その他											
			電話番号()												

※1ヶ月分をまとめ、翌月の20日までに請求書・カルテと一緒に提出してください

様式2

令和 7 年度 大腸がん検診受診者名簿

(令和7年4月～9月受診用)

受診日年齢を記入してください

佐世保市国保(40～69歳)の場合○印を

生活保護・市民税非課税の場合○印を

節目検診(40歳・50歳・60歳)の場合○印を

自己負担金を徴収した場合○印を

医療機関名 _____

月分

	月	日	生年月日	40～ 69歳	70歳 以上	国 保	非 課 税	生 保	節 目 検 診	自 己 負 担	住 所	潜血	一 次 検 診 総 合 判 定	精密検査紹介先医療機関
			氏 名								電 話 番 号	1回目		
大 腸 が ん	1		T S . .	歳	歳						町	潜血	1 便潜血異常なし 2 要精検 3 その他	
											+	-		
			T S . .	歳	歳						町	潜血	1 便潜血異常なし 2 要精検 3 その他	
											+	-		
			T S . .	歳	歳						町	潜血	1 便潜血異常なし 2 要精検 3 その他	
											+	-		
			T S . .	歳	歳						町	潜血	1 便潜血異常なし 2 要精検 3 その他	
											+	-		
			T S . .	歳	歳						町	潜血	1 便潜血異常なし 2 要精検 3 その他	
											+	-		
		T S . .	歳	歳						町	潜血	1 便潜血異常なし 2 要精検 3 その他		
										+	-			
		T S . .	歳	歳						町	潜血	1 便潜血異常なし 2 要精検 3 その他		
										+	-			
		T S . .	歳	歳						町	潜血	1 便潜血異常なし 2 要精検 3 その他		
										+	-			
		T S . .	歳	歳						町	潜血	1 便潜血異常なし 2 要精検 3 その他		
										+	-			

※1ヶ月分をまとめ、翌月の20日までに請求書・カルテと一緒に提出してください

様式2

令和 7 年度 子宮がん検診受診者名簿(頸部のみ)

(令和7年4月～9月受診用)

受診日年齢を記入してください

佐世保市国保(20～69歳)の場合○印を

生活保護・市民税非課税の場合○印を

節目検診(40歳・50歳・60歳)の場合○印を

無料クーポン券の場合○印を

自己負担金を徴収した場合○印を

医療機関名 _____

月分

	月	日	生年月日		20～ 69歳	70歳 以上	国 保	非 課 税	生 保	節 目 検 診	ク ー ポ ン	自 己 負 担	住 所		一 次 検 診 総 合 判 定	精密検査紹介先医療機関
			氏 名										電 話 番 号			
子宮がん (頸部のみ)	1		T S H . .										町	1 精検不要 2 要精検(経過観察含) 3 がん以外の疾患		
				歳	歳						電話番号()					
	2		T S H . .										町	1 精検不要 2 要精検(経過観察含) 3 がん以外の疾患		
				歳	歳						電話番号()					
	3		T S H . .										町	1 精検不要 2 要精検(経過観察含) 3 がん以外の疾患		
				歳	歳						電話番号()					
	4		T S H . .										町	1 精検不要 2 要精検(経過観察含) 3 がん以外の疾患		
				歳	歳						電話番号()					
	5		T S H . .										町	1 精検不要 2 要精検(経過観察含) 3 がん以外の疾患		
				歳	歳						電話番号()					
6		T S H . .										町	1 精検不要 2 要精検(経過観察含) 3 がん以外の疾患			
			歳	歳						電話番号()						
7		T S H . .										町	1 精検不要 2 要精検(経過観察含) 3 がん以外の疾患			
			歳	歳						電話番号()						
8		T S H . .										町	1 精検不要 2 要精検(経過観察含) 3 がん以外の疾患			
			歳	歳						電話番号()						
9		T S H . .										町	1 精検不要 2 要精検(経過観察含) 3 がん以外の疾患			
			歳	歳						電話番号()						
10		T S H . .										町	1 精検不要 2 要精検(経過観察含) 3 がん以外の疾患			
			歳	歳						電話番号()						

※1ヶ月分をまとめ、翌月の20日までに請求書・カルテと一緒に提出してください

様式2

令和 7 年度 子宮がん検診受診者名簿(頸部+体部)

(令和7年4月～9月受診用)

受診日年齢を記入してください

佐世保市国保(20～69歳)の場合○印を

生活保護・市民税非課税の場合○印を

節目検診(40歳・50歳・60歳)の場合○印を

無料クーポン券の場合○印を

自己負担金を徴収した場合○印を

医療機関名

月分

	月	日	生年月日		20～69歳	70歳以上	国保	非課税	生保	節目検診	クーポン	自己負担	住所 電話番号	一次検診 総合判定	精密検査紹介先医療機関
			氏名	氏名											
子宮がん (頸部+体部)	1		T S H . .		歳	歳							町 電話番号()	1 精検不要 2 要精検(経過観察含) 3 がん以外の疾患	
	2		T S H . .		歳	歳							町 電話番号()	1 精検不要 2 要精検(経過観察含) 3 がん以外の疾患	
	3		T S H . .		歳	歳							町 電話番号()	1 精検不要 2 要精検(経過観察含) 3 がん以外の疾患	
	4		T S H . .		歳	歳							町 電話番号()	1 精検不要 2 要精検(経過観察含) 3 がん以外の疾患	
	5		T S H . .		歳	歳							町 電話番号()	1 精検不要 2 要精検(経過観察含) 3 がん以外の疾患	
	6		T S H . .		歳	歳							町 電話番号()	1 精検不要 2 要精検(経過観察含) 3 がん以外の疾患	
	7		T S H . .		歳	歳							町 電話番号()	1 精検不要 2 要精検(経過観察含) 3 がん以外の疾患	
	8		T S H . .		歳	歳							町 電話番号()	1 精検不要 2 要精検(経過観察含) 3 がん以外の疾患	
	9		T S H . .		歳	歳							町 電話番号()	1 精検不要 2 要精検(経過観察含) 3 がん以外の疾患	
	10		T S H . .		歳	歳							町 電話番号()	1 精検不要 2 要精検(経過観察含) 3 がん以外の疾患	

※1ヶ月分をまとめ、翌月の20日までに請求書・カルテと一緒に提出してください

受診日年齢を記入してください

佐世保市国保(30～69歳)の場合○印を

生活保護・市民税非課税の場合○印を

節目検診(40歳・50歳・60歳)・クーポン券の場合○印を

自己負担金を徴収した場合○印を

医療機関名 _____

月分 _____

	月	日	生年月日	30～ 39歳	40歳 以上 PM等	70歳 以上 PM等	国 保	非 課 税	生 保	節 目 検 診	自 己 負 担	住 所	一 次 検 診 総 合 判 定	精密検査紹介先医療機関
			氏 名									電 話 番 号		
乳がん (視触診+エコー検査)			T S H . .									町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検	
				歳	歳	歳						電話番号()		
			T S H . .									町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検	
				歳	歳	歳						電話番号()		
			T S H . .									町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検	
				歳	歳	歳						電話番号()		
			T S H . .									町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検	
				歳	歳	歳						電話番号()		
			T S H . .									町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検	
				歳	歳	歳						電話番号()		

※1ヶ月分をまとめ、翌月の20日までに請求書・カルテと一緒に提出してください

受診日年齢を記入してください

佐世保市国保(40～69歳)の場合○印を

生活保護・市民税非課税の場合○印を

節目検診(40歳・50歳・60歳)・クーポン券の場合○印を

自己負担金を徴収した場合○印を

医療機関名

月分

	月	日	生年月日	40～69歳	70歳以上	国保	非課税	生保	節目検診	自己負担	住所	電話番号	一次検診 総合判定	精密検査紹介先医療機関
			氏名											
乳がん (視触診+マンモグラフィ保健所撮影)	1		T S . .								町		1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検	
											電話番号()			
	2		T S . .								町		1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検	
											電話番号()			
	3		T S . .								町		1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検	
											電話番号()			
	4		T S . .								町		1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検	
											電話番号()			
	5		T S . .								町		1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検	
											電話番号()			
	6		T S . .								町		1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検	
											電話番号()			
	7		T S . .								町		1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検	
											電話番号()			
	8		T S . .								町		1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検	
											電話番号()			
	9		T S . .								町		1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検	
											電話番号()			
	10		T S . .								町		1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検	
											電話番号()			

※1ヶ月分をまとめ、翌月の20日までに請求書・カルテと一緒に提出してください

様式2

令和 7 年度 乳がん検診受診者名簿(マンモグラフィ保健所撮影 ※視触診なし)

(令和7年4月～9月受診用)

受診日年齢を記入してください

佐世保市国保(40～69歳)の場合○印を

医療機関名 _____

生活保護・市民税非課税の場合○印を

節目検診(40歳・50歳・60歳)・クーポン券の場合○印を

自己負担金を徴収した場合○印を

月分

	月	日	生年月日		40～69歳	70歳以上	国保	非課税	生保	節目検診	自己負担	住 所		一 次 検 診 総 合 判 定	精密検査紹介先医療機関
			氏 名	電 話 番 号											
乳がん(マンモグラフィ保健所撮影 ※視触診なし)	1		T S . .	町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検										
			電話番号()												
	2		T S . .	町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検										
			電話番号()												
	3		T S . .	町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検										
			電話番号()												
	4		T S . .	町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検										
			電話番号()												
	5		T S . .	町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検										
			電話番号()												
6		T S . .	町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検											
		電話番号()													
7		T S . .	町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検											
		電話番号()													
8		T S . .	町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検											
		電話番号()													
9		T S . .	町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検											
		電話番号()													
10		T S . .	町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検											
		電話番号()													

※1ヶ月分をまとめ、翌月の20日までに請求書・カルテと一緒に提出してください

受診日年齢を記入してください

佐世保市国保(40～69歳)の場合○印を

生活保護・市民税非課税の場合○印を

節目検診(40歳・50歳・60歳)・クーポン券の場合○印を

自己負担金を徴収した場合○印を

医療機関名 _____

月分 _____

	月	日	生年月日	40～ 49歳	50～ 59歳	70歳 以上	国 保	非 課 税	生 保	節 目 検 診	自 己 負 担	住 所	一 次 検 診 総 合 判 定	精密検査紹介先医療機関
			氏 名									電 話 番 号		
乳がん (視触診+マンモグラフィ自院撮影)	1		T S . .									町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検	
				歳	歳	歳	電話番号()							
	2		T S . .								町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検		
				歳	歳	歳	電話番号()							
	3		T S . .								町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検		
				歳	歳	歳	電話番号()							
	4		T S . .								町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検		
				歳	歳	歳	電話番号()							
	5		T S . .								町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検		
				歳	歳	歳	電話番号()							
6		T S . .								町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検			
			歳	歳	歳	電話番号()								
7		T S . .								町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検			
			歳	歳	歳	電話番号()								
8		T S . .								町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検			
			歳	歳	歳	電話番号()								
9		T S . .								町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検			
			歳	歳	歳	電話番号()								
10		T S . .								町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検			
			歳	歳	歳	電話番号()								

※1ヶ月分をまとめ、翌月の20日までに請求書・カルテと一緒に提出してください

様式2

令和 7 年度 乳がん検診受診者名簿(マンモグラフィ自院撮影 ※視触診なし)

(令和7年4月～9月受診用)

受診日年齢を記入してください

佐世保市国保(40～69歳)の場合○印を

生活保護・市民税非課税の場合○印を

節目検診(40歳・50歳・60歳)・クーポン券の場合○印を

自己負担金を徴収した場合○印を

医療機関名 _____

月分 _____

	月	日	生年月日			40～ 49歳	50～ 69歳	70歳 以上	国 保	非 課 税	生 保	節 目 検 診	自 己 負 担	住 所		一 次 検 診 総 合 判 定	精密検査紹介先医療機関
			氏 名											電 話 番 号			
乳がん(マンモグラフィ自院撮影 ※視触診なし)	1		T S . .											町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検		
				歳	歳	歳					電話番号()						
	2		T S . .										町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検			
				歳	歳	歳					電話番号()						
	3		T S . .										町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検			
				歳	歳	歳					電話番号()						
	4		T S . .										町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検			
				歳	歳	歳					電話番号()						
	5		T S . .										町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検			
				歳	歳	歳					電話番号()						
6		T S . .										町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検				
			歳	歳	歳					電話番号()							
7		T S . .										町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検				
			歳	歳	歳					電話番号()							
8		T S . .										町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検				
			歳	歳	歳					電話番号()							
9		T S . .										町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検				
			歳	歳	歳					電話番号()							
10		T S . .										町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検				
			歳	歳	歳					電話番号()							

※1ヶ月分をまとめ、翌月の20日までに請求書・カルテと一緒に提出してください

令和 7 年度 佐世保市肝炎ウイルス検診受診者名簿

医療機関名

() 月分

受診日 月 日	生年月日(受診日年齢) 氏 名	性別	住 所 電話番号	C型肝炎ウイルス検査 判定	HBs 抗原検査 判定
	M T S H . . (歳)	男	町 丁目 番 号	1. 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い ⇒(判定理由 ① ②)	1. 陽性
		女	電話番号(- -)	2. 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い ⇒(判定理由 ③ ④ ⑤)	2. 陰性
	M T S H . . (歳)	男	町 丁目 番 号	1. 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い ⇒(判定理由 ① ②)	1. 陽性
		女	電話番号(- -)	2. 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い ⇒(判定理由 ③ ④ ⑤)	2. 陰性
	M T S H . . (歳)	男	町 丁目 番 号	1. 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い ⇒(判定理由 ① ②)	1. 陽性
		女	電話番号(- -)	2. 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い ⇒(判定理由 ③ ④ ⑤)	2. 陰性
	M T S H . . (歳)	男	町 丁目 番 号	1. 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い ⇒(判定理由 ① ②)	1. 陽性
		女	電話番号(- -)	2. 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い ⇒(判定理由 ③ ④ ⑤)	2. 陰性
	M T S H . . (歳)	男	町 丁目 番 号	1. 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い ⇒(判定理由 ① ②)	1. 陽性
		女	電話番号(- -)	2. 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い ⇒(判定理由 ③ ④ ⑤)	2. 陰性
	M T S H . . (歳)	男	町 丁目 番 号	1. 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い ⇒(判定理由 ① ②)	1. 陽性
		女	電話番号(- -)	2. 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い ⇒(判定理由 ③ ④ ⑤)	2. 陰性
	M T S H . . (歳)	男	町 丁目 番 号	1. 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い ⇒(判定理由 ① ②)	1. 陽性
		女	電話番号(- -)	2. 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い ⇒(判定理由 ③ ④ ⑤)	2. 陰性
	M T S H . . (歳)	男	町 丁目 番 号	1. 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い ⇒(判定理由 ① ②)	1. 陽性
		女	電話番号(- -)	2. 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い ⇒(判定理由 ③ ④ ⑤)	2. 陰性

※1ヶ月分をまとめ、翌月の10日までに受診票とともに医師会へ提出してください。