

弁護士法人みお綜合法律事務所
電話06-6348-3055

照会書

B型肝炎給付金請求訴訟において、本人が持続感染者であることの証明として、以下の検査結果の提出が求められています。

- ① 6か月以上の間隔をあけた2つの時点における以下のいずれかの検査結果
- ・HBs抗原陽性
 - ・HBV-DNA陽性
 - ・HBe抗原陽性、
- または
- ② HBc抗体陽性（高力価）の検査結果
- ③ HBVジェノタイプ検査
※ジェノタイプ検査は別紙の要領にてお願いします。

上記についてすでに検査を実施されている場合は、別紙回答書の該当箇所に回答をいただきますようお願いします。

あわせて、当該検査結果の原データを添付いただきますようお願いします。

■新たに検査を実施される場合には、以下の☑の項目について、検査をしていただきますようお願いします。

- HBs抗原
- HBc抗体（「Ig-M HBc抗体」ではありません）
- HBVジェノタイプ検査
- HBV-DNA

※HBc抗体の検査方法について

HBc抗体が陽性の場合には、持続感染かどうかを判断する必要があり、国の基準ではCLIA法による検査が標準となっております。

CLIA法による検査に対応できない場合には、お手数ですが、別紙の回答書に、検査方法、検査試薬・メーカー名をご記入の上、高力値かどうかについての判定をいただきますようお願いします。

※回答書別紙に検査結果の原データを添付いただきますようお願いします。

B型肝炎ウイルス ジェノタイプ検査について

1 HBVジェノタイプ判定検査

「A」「B」「C」等の主要な遺伝子型を判定する検査

EIA法によるものに限る。

2 1の検査結果がジェノタイプAの場合にはさらに

HBVサブジェノタイプ判定検査が必要となります。

(=1の検査結果がジェノタイプB, またはCの場合は不要です)

※ 平成23年6月27日以前に、既に「EIA法」以外の検査方法で遺伝子型が判明している場合には, その検査結果票を交付してください。(この場合は再検査が不要です)

回答書 (本人用)

1 患者氏名 _____
 生年月日 昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

2 血液検査の結果①
 検査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日実施

① HBs抗原	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性
② HBV-DNA	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 (_____ 法, 数値 _____)
③ HBe抗原	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性
④ HBc抗体	数値 (_____) 単位 <input type="checkbox"/> s/co <input type="checkbox"/> C.O.I <input type="checkbox"/> (_____)
	判 定 <input type="checkbox"/> 陽性 (高力価・低力価) <input type="checkbox"/> 陰性
	検査方法 <input type="checkbox"/> CLIA法 <input type="checkbox"/> CLEIA法 (いずれかの試薬にチェック)
	<input type="checkbox"/> ルミパルスプレスト HBc-Ab-N (富士レビオ) <input type="checkbox"/> ルミパルスプレスト HBc-Ab-III (富士レビオ) <input type="checkbox"/> その他 (試薬名 _____) (Mメーカー _____) <input type="checkbox"/> その他 (_____ 法) 高力価判定基準 (_____ 以上) ※陽性判定基準ではなく、高力価判定基準をご記入ください。
⑤ ジェノタイプ検査	(EIA法 _____)

上記検査日より6ヶ月以上前の検査データがありましたら以下に記載してください。

血液検査の結果②

検査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日実施

① HBs抗原	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性
② HBV-DNA	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 (_____ 法, 数値 _____)
③ HBe抗原	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性

作成日 : 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

病院名 :

医師名 :

印

要件1 持続感染の証明

検査結果報告書の貼付用紙

添付用紙に回答書記載の結果報告書の貼付をお願いします。

要件1 持続感染の証明

検査結果報告書の貼付用紙

添付用紙に回答書記載の結果報告書の貼付をお願いします。