平成29年度　　目黒区肝炎ウイルス検診問診表

ID:　　氏名：　　月　　日

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
   ある（　　）年前　　なし

2. B型・C型肝炎の治療をしたことがありますか（治療中を除く）
   ある（　　）年前　　なし

3. 大きな外科的手術をしたことがありますか
   ある（　　）年前　　なし

4. 女性の方にお伺いします　妊娠・分娩時に多量の出血がありましたか
   ある（　　）年前　　なし

5. 輸血をしたことがありますか
   ある（　　）年前　　なし

6. ご家族に肝臓病にかかった方がいらっしゃいますか
   いる　　いない