

## クオンティフェロン (QFT) 検査 回収申込書

申込日	令和 年 月 日
団体名	(担当: 様)
所在地	〒
連絡先の電話番号	( )
連絡先の FAX 番号	( )
採血月日 依頼人数 検体数	培養なし 年 月 日 人 検体
	培養終了 年 月 日 人 検体
	へパリンリチウム 年 月 日 人 検体
検体受け渡し場所	

**\*検査申込書・質問票はご記入後、検体回収時に申込書と一緒に提出をお願い致します。**

## 回収方法

へパリンリチウム採血管 (キャップの色が緑色)

1. 採血→搬入 保存方法 2~8℃ QFT : 採血後 48 時間以内に回収

専用採血管 (QFT : キャップの色がグレー・緑・黄・紫色)

2. 培養なし 保存方法(17~27℃) 採血後 16 時間以内に回収  
 3. 培養終了 培養(37℃ 16~24 時間)後、冷蔵保存し、3 日以内に回収  
 4. 培養終了後遠心 培養(37℃ 16~24 時間)後、遠心分離(2000~3000RCF(g) 15 分間)し、  
 血漿と血球の分離を確認して保存(2~8℃)し、28 日以内に回収

公益財団法人ちば県民保健予防財団

問い合わせ先 一般検査課 細菌検査室

TEL 043-246-8658 (内7033)

FAX 043-246-8697

様式 53(11)(2版 R10501)



## インターフェロン $\gamma$ 遊離試験 [QFT 検査・T-スポット検査] 申込書

\* 申込書および質問票に必要事項をご記入のうえ、検体提出時に検体と一緒に提出下さい。

希望検査法	QFT 検査 ・ T-スポット検査 (ご希望の検査法を○で囲んで下さい)		
検体受け渡し日	令和	年	月 日
団体名 (*1)	(担当: 様)		
所在地 (*1)	〒		
連絡先	電話番号	( )	
	FAX 番号	( )	

採血月日 依頼人数 検体数	QFT	培養なし	年	月	日	人	検体
		培養終了	年	月	日	人	検体
		へパリンリチウム	年	月	日	人	検体
	T-スポット	年	月	日	人	検体	

検査結果報告書	希望受取方法	来所 ・ 郵送 (ご希望の受取方法を○で囲んで下さい)	
	郵送の場合の送付先	(上記(*1)と異なる場合は、下欄にご記入下さい)	
	宛名		
	住所	〒	

支払・請求書領収書	料金の支払方法	銀行振込 ・ 現金 (いずれかを○で囲んで下さい)	
	請求書・領収書宛名および送付先	(上記(*1)と異なる場合は、下欄にご記入下さい)	
	請求書・領収書宛名		
	送付先宛名		
	送付先住所	〒	

# インターフェロンγ遊離試験 [QFT 検査・T-スポット検査] 質問票

(必須)

団体名			
フリガナ 氏名			性別 男・女
生年月日	大・昭・平・令	年	月 日 歳

(必須) 採血実施日	年 月 日
(必須) 採血時間	時 分

裏面の個人情報の取扱いに同意の上、受診します。  
はい いいえ 一部不同意

\*一部不同意の場合は、裏面の個人情報の取扱いについて、ご同意いただけない項目番号に○印をつけてください。

ID番号：

(質問事項) あてはまるところを記入、または○で囲んでください。

- 現在、治療中または経過観察中の病気がありますか？  
いいえ ・ はい (病名 )
- 現在、服用中の薬はありますか？  
 II-a. 副腎皮質ホルモン剤等の免疫抑制剤を使用していますか？  
いいえ ・ はい (薬剤名および病名 )  
 II-b. 上記以外で検査日より2～3日前に服用した薬はありますか？  
いいえ ・ はい (薬剤名および病名 )
- 現在、気になる症状はありますか？  
いいえ ・ はい (咳<sup>セキ</sup> 痰<sup>タン</sup> 微熱が続く 胸の痛み 疲れやすい その他 ( ) )
- 結核の発病を予防する薬を6～9ヶ月間内服したことがありますか？  
いいえ ・ はい (昭和・平成・令和 年)
- 結核の治療を受けたことがありますか？  
いいえ ・ はい (昭和・平成・令和 年)
- 以前、QFT 検査あるいはT-スポット検査を受けたことはありますか？  
いいえ ・ はい (その時の検査結果： 1. 陽性 2. 陰性 3. 判定保留 4. 判定不可)
- 医療機関にお勤めの方は現在の職種をご記入下さい  
 1. 医師・歯科医師 2. 看護師 3. 薬剤師 4. 臨床検査技師 5. 放射線技師  
 6. 作業・理学療法士 7. 事務職 8. 介護士(介護助手) 9. その他 ( )  
 勤続年数 ( 年 月 )
- 8. (必須) 今回の検査は結核患者と接触したことによるものですか？**  
いいえ ・ はい (平成・令和 年 月 日頃)  
 その患者の排菌状況 (ガフキー 号)
- 9. (必須) 今回の接触とは別に、2年以内に結核患者と接触したことがありますか？**  
いいえ ・ はい (平成・令和 年 月頃)  
 「はい」の場合  
 ① 結核患者は排菌していましたか？ ⇒ いいえ・はい  
 ② どういう状況で接触しましたか？ ⇒ 入院患者・外来受診者・その他 ( )  
 ③ 接触時間はどれくらいですか？ ⇒ ( 時間 )
- 過去に、結核の接触者として健康診断を受けたことはありますか？  
いいえ ・ はい (平成・令和 年 月頃)  
 「はい」の場合…検査内容 ⇒ ツ反・QFT・T-スポット・胸部レントゲン・その他 ( )  
 受診結果はどうでしたか？ ( )  
 「いいえ」の場合…今後受診する予定はありますか？ ⇒ はい・いいえ
- 11. (必須) 上記【8】がいいえの方は、どのような理由から本検査を受けることとなりましたか？**  
 ( )



お客様の個人情報（氏名等の情報、検査用に採取した検体、検査結果、フィルムなどの健診情報、問診票への記載事項等）は、以下の目的で利用いたします。

\*ご同意いただけない場合は適切な医療サービスの提供等に支障が出る場合があります。

**【個人情報の利用目的】**（詳細は「当財団における個人情報の利用目的」をご覧ください。）

1 お客様への適切な医療サービスの提供

- (1) 医療サービス（健康診断、検診、人間ドック、診療、精密検査及び保健指導等）
- (2) 委託元（市町村・事業所等）から受託して行う医療サービスにおける委託元や皆様への結果報告
- (3) 精密検査や再検査が必要となった場合の受診勧奨及び追跡調査 等

2 他の事業者等への情報提供

- (1) 他の病院、診療所、助産所、薬局及び介護サービス事業者等との連携や照会への回答
- (2) 検体検査業務の委託その他の業務委託
- (3) 関係法令等に基づく行政機関及び司法機関等への提出 等

3 上記以外の目的での利用

- (1) 当財団の管理運営業務
- (2) がん検診の精度管理や評価等のため、市町村(委託元)、検診機関、精密検査実施機関間での精密検査結果共有
- (3) 医療サービスにより得られたお客様の個人情報を研究に使用する場合には、研究計画を当財団の倫理審査委員会で審査し、承認された場合、理事長の許可を得て実施します。また、研究の内容等をお客様に通知し、又は当財団のホームページ等で公表し、研究対象者となることを拒否できる機会を保障します。研究結果は匿名化したうえで、公に発表する場合があります。なお、お客様の個人情報は、学術研究・研究発表及び各種統計の作成と関係団体等への報告のため、当財団にて5年間保存します。

上記以外の目的で個人情報を利用する場合は、個人を識別又は特定できない状態に加工して利用する場合を除き、お客様に説明し同意を得た上で利用します。ただし、緊急の場合等は利用を優先し、後ほどご説明いたします。

**【個人情報の提供について】**

- 1 上記以外の目的で、お客様のご同意なく第三者に個人情報は提供いたしません。
- 2 業務を外部に委託する場合は、委託先に対して契約等により個人情報保護に関する監督を行っています。

**【個人情報に関するお問合せ等】**

- 1 個人情報の取扱いについて同意いただけない事項がある場合は、個別に不同意を表明することが可能です。また、同意いただいた後でも一部不同意、同意の撤回が可能です。
- 2 健診等を受けたご本人からの個人情報の開示・訂正・利用停止のお申出や苦情・相談等は、調査研究部企画広報課（TEL043-246-8606）までご連絡ください。
- 3 個人情報利用目的の詳細、実施している調査研究の概要・各調査研究における個人情報の利用については当財団ホームページ（<https://www.kenko-chiba.or.jp>）で公開しています。