

FAX 相談申込書

1 患者さんの氏名等

ふりがな

氏名

生年月日 S

年齢

歳

住所 〒 ー 市 区

〔弁護士名での送付
可・否〕自宅
電話〔弁護士名での連絡
可・否〕

FAX

〔弁護士名での送付
可・否〕携帯
電話〔弁護士名での連絡
可・否〕

2 現在の肝炎の状況 (キャリア ・ 慢性肝炎 ・ 肝硬変 ・ 肝がん ・ 死亡)

3 感染を知った時期(何歳頃、何年前等)と経緯(献血、健康診断等)

4 現在の病態になった時期

5 父親 (存命 ・ 他界)

6 母親 (存命 ・ 他界) 母親の生年月日 (M ・ T ・ S)

7 年長(兄・姉)きょうだい (有 ・ 無)

8 父母、兄弟姉妹の中に感染者・キャリアがいるか? (有 ・ 無 ・ 不明)

9 母子手帳 (有 ・ 無 ・ 不明)

10 種痘痕(注射痕) (有 ・ 無 ・ 不明)

11 幼少期(出生～6歳頃まで)の居住市町村 ()

12 現在、B型肝炎に関し通っている医療機関 ()

13 要望・希望 訴訟に参加したい 資料を送って欲しい 話を聞きたい(資料送付希望無し)

14 資料送付請求者(送付先)が、ご本人以外の場合は、以下ご記入ください。

氏名：

続柄：

連絡先電話番号：

送付先住所： 〒 ー

弁護士名での文書送付 (可 ・ 否) 弁護士名での電話連絡 (可 ・ 否)