

## 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

〒

-

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：〒

-

弁護士名での文書送付 ( 可 ・ 否 ) 弁護士名での電話連絡 ( 可 ・ 否 )