

相談受付カード

記入見本

〇を必ず記入して下さい

※全て必須項目です。
※太枠内に分かる範囲で漏れなくご記入下さい。
※B型肝炎ウイルスに感染された方について、ご

旧姓がある場合は必ず記入して下さい

記入日	平成〇〇年 〇〇月 〇〇日	旧姓	性別	個人情報の利用に関する通知に	<input checked="" type="radio"/> 同意する <input type="radio"/> 同意しない
フリガナ	アディーレ ハナコ			(昭 / 平) XX (年)	
感染者氏名	改姓されている方は旧姓もご記入下さい。 アディーレ 花子		男・女	西暦 XXXX (年)	〇月 〇日 (〇〇歳)
連絡先	TEL *** (***) **** FAX *** (***) **** 携帯 0*0 (****) ****	(ご自宅に電話をかける際の)事務所名 (OK)・NG 事務所名での留守電メッセージ (OK)・NG			
	E-mail(PC) *****@****.jp	E-mail(携帯) *****@****.jp			
	フリガナ トウキョウト トシマク ヒガシイケブクロ				
現住所	〒 170 - 6033	東京都 豊島区 東池袋〇-×-△ 〇〇ビル	※マンション名・アパート名までご記入下さい		
フリガナ トウキョウト トシマク ヒガシイケブクロ	〒 170 - 6033	東京都 豊島区 東池袋***	※マンション名・アパート名までご記入下さい		
書類の送付先	□ 現住所と同じ ■ 下記「記入者書類送付先」へ希望				
本籍地	東京都 豊島区 東池袋***				

感染者様の本籍地がお分かりの方は記入して下さい

※感染者ご本人が出生から7歳までに居住した地域およびその地域で集団予防接種を受けているかをご記入下さい。

旧住所1	時期: 年 ~ 年頃 住所:	不明
旧住所2	時期: 年 ~ 年頃 住所:	不明

感染者様が7歳までにお住まいだった住所を記入して下さい

感染者様情報	B型肝炎ウイルスに持続的に感染していましたか	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 不明	根拠 (血液検査にてHBc抗体の陽性と判定)
	医師の診断名(病態)は何ですか	無症候性キャリア・慢性肝炎・肝硬変・肝がん・死亡(B型肝炎ウイルス由来)	
	上記の症状になったのはいつですか(無症候性キャリアの方は記入不要)	昭和・平成 18年 10月 末日頃	
	B型肝炎ウイルスへの感染を知ったのはいつですか	昭和・平成 60年 7月 日頃	
	7歳までに手術や輸血を受けた経験はありますか	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 不明	手術の内容 (5歳ころに盲腸で手術)
	母子手帳はお手元に残っていますか	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 不明	
	集団予防接種を受けた痕はありますか(ありましたか)	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 不明	
	ジェノタイプ検査は受けていますか	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 不明	有の場合 (ジェノタイプAe・それ以外 Bj)
	お母様はご健在ですか	<input checked="" type="radio"/> 健在 <input type="radio"/> 他界 (他界時期: 昭和・平成 年 月 日頃)	
	お母様にご協力いただくことは可能ですか	<input checked="" type="radio"/> 可 <input type="radio"/> 不可 <input type="radio"/> 不明	

感染者様の家族構成を記入して下さい

※ご兄弟については、年長兄妹の記載のみで結構です

感染者様家族構成等	フリガナ	アディーレ ゴロウ	感染者との続柄	配偶者	感染者ご本人以外の方が記入される理由	
	記入者氏名	アディーレ 五郎			<input checked="" type="checkbox"/> 相続人として <input type="checkbox"/> 法定代理人として <input type="checkbox"/> 窓口として	
	連絡先	TEL *** (***) **** FAX *** (***) **** 携帯 0*0 (****) ****	(ご自宅に電話をかける際の)事務所名 (OK)・NG 事務所名での留守電メッセージ (OK)・NG			
		E-mail(PC) *****@****.jp	E-mail(携帯) *****@****.jp			
		フリガナ トウキョウト トシマク ヒガシイケブクロ	※マンション名・アパート名までご記入下さい			
		〒 170 - 6033	東京都 豊島区 東池袋〇-×-△ 〇〇ビル ()様方			

感染者様とご記入者様が別の場合は、以下の記入もお願いいたします

※ご記入者様と感染者様が同一の場合、以下は記入不要です。

フリガナ	アディーレ ゴロウ	感染者との続柄	配偶者	感染者ご本人以外の方が記入される理由
記入者氏名	アディーレ 五郎			<input checked="" type="checkbox"/> 相続人として <input type="checkbox"/> 法定代理人として <input type="checkbox"/> 窓口として
連絡先	TEL *** (***) **** FAX *** (***) **** 携帯 0*0 (****) ****	(ご自宅に電話をかける際の)事務所名 (OK)・NG 事務所名での留守電メッセージ (OK)・NG		
	E-mail(PC) *****@****.jp	E-mail(携帯) *****@****.jp		
	フリガナ トウキョウト トシマク ヒガシイケブクロ	※マンション名・アパート名までご記入下さい		
	〒 170 - 6033	東京都 豊島区 東池袋〇-×-△ 〇〇ビル ()様方		
書類の送付先	〒 -	■ 現住所と同じ ※マンション名・アパート名までご記入下さい		