

相談受付カード

※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、ご記入下さい。

顧客番号							
記入日	年 月 日	旧姓	性別				
フリガナ	個人情報の利用に関する通知に						
感染者氏名	改姓されている方は旧姓もご記入下さい。	男・女	生年月日				
			(昭 / 平 年) 西暦 年 月 日 (歳)				
連絡先	TEL () FAX () 携帯 ()	(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)	E-mail(携帯)					
フリガナ	〒 - ※マンション名・アパート名までご記入下さい						
現住所	都道 市区 府県 町村	()様方					
フリガナ	〒 - □ 現住所と同じ □ 下記「記入者書類送付先」へ希望 ※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	都道 市区 府県 町村	()様方					
本籍地	都道 市区 府県 町村						
※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:	集団予防接種実施 有・無・不明					
旧住所2	時期: 年 ~ 年頃 住所:	集団予防接種実施 有・無・不明					
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	有・無・不明	根拠 ()				
	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 年 月 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 年 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	有・無・不明	手術の内容 ()				
	母子手帳はお手元に残っていますか	有・無・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)	有・無・不明					
	ジェノタイプ検査は受けていますか	有・無・不明	有の場合(ジェノタイプAe・それ以外:)				
	お母様はご健在ですか	健在・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	可・不可・不明					
	お母様はB型肝炎ウイルスに感染していますか	感染している(過去に感染していた)・感染していない・不明					
	お父様はご健在ですか	健在・他界 (他界時期: 昭和・平成 年 月 日頃)					
お父様はB型肝炎ウイルスに感染していますか	感染している(過去に感染していた)・感染していない・不明						
感染者様家族構成等	氏名(フリガナ)	続柄	年齢	ご健在	B型肝炎ウイルスに感染している	手続きへの協力を依頼できる	本日のご相談を秘密にしている
	()	父	歳		はい / いいえ	はい / いいえ	はい / いいえ
	()	母	歳		はい / いいえ	はい / いいえ	はい / いいえ
	()	兄	歳		はい / いいえ	はい / いいえ	はい / いいえ
	()	姉	歳		はい / いいえ	はい / いいえ	はい / いいえ
	()	配偶者	歳		はい / いいえ	はい / いいえ	はい / いいえ
	()	子ども	歳		はい / いいえ	はい / いいえ	はい / いいえ
	()	子ども	歳		はい / いいえ	はい / いいえ	はい / いいえ
※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	感染者との続柄		感染者ご本人以外の方が記入される理由				
記入者氏名			<input 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 ()	(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)	E-mail(携帯)					
※本日の相談に関して当事務所からご連絡申し上げます場合に上記連絡先に連絡してもよろしいですか。				連絡してもよい	連絡して欲しくない		
フリガナ	〒 - ※マンション名・アパート名までご記入下さい						
現住所	都道 市区 府県 町村	()様方					
フリガナ	〒 - □ 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						
書類の送付先	都道 市区 府県 町村	()様方					