

薬害肝炎FAX相談用紙

(FAX番号 044-931-5731もしくは045-641-2845)

担当弁護士から連絡を致しますので、必ずご連絡先をお書きください。

お名前 (仮名も可) (ご本人・関係者) ← ○をつけてください

電話番号 (必須)

下記の質問欄の□にチェックをし、記入欄に記入してください。

1 現在または過去に「C型肝炎」と診断されたことがありますか。

ある ない

→「ある」と答えた方へ

診断名は何ですか。今までに受けたなかで最も重い診断名を選んで下さい。

診断名 (無症候性キャリア 慢性肝炎 肝硬変 肝がん)

治療を受けている医療機関名をご記入下さい。

治療医療機関 (_____)

2 感染したと思われる時期はいつですか。

昭和・平成 年 月

3 感染したと思われる病院はどこですか

病院名 _____

所在都道府県 _____ 市町村 _____

病院名 _____

所在都道府県 _____ 市町村 _____

4 その病院にはどのような原因でかかりましたか。

出産 手術 (手術内容 _____)

その他 (_____)

5 血液製剤の投与があったかどうか、病院に確認をしましたか。

はい いいえ

(薬品名：フィブリノーゲン-BBak, フィブリノーゲン-ミドリ, フィブリノーゲン-ミドリ, フィブリノーゲンHT-ミドリ, PPSB-ニチャク, コーナイン, クリスマシン, クリスマシン-HT、その他)

→「はい」と答えた方へ

病院からの回答はいかがでしたか。

投与されている 投与されていない 不明 その他 (_____)

6 (5で「投与されている」と答えた方へ) 病院はどのような方法で血液製剤の投与を確認しましたか (複数回答可)

病院にカルテ等がある 母子手帳等に記載がある 医師の記憶による

その他 _____

7 弁護団からお電話する場合、弁護団と名乗ることについて

了解する 弁護士と名乗らず個人名で電話して欲しい

8 ご質問等をお書きください。
