

記入日 年 月 日

B型肝炎被害相談票

- 1 どなたについてのご相談ですか？
ご本人、配偶者、子ども、父母、兄弟姉妹、知人、その他（ ）
- 2 肝炎の状況 B型肝炎にかかっていますか（ ）
・無症候キャリア ・慢性肝炎 ・肝硬変 ・肝がん ・死亡 ・不明
感染を知った時期・きっかけ S・H 年 月 日.....
現在の状況になった時期 S・H 年 月 日
- 3 生年月日 T・S・H 年 月 日 年齢.....歳
- 4 7歳になるまでに輸血・大手術などしていますか？
・していない ・している ・分からない ・その他（ ）
- 5 お母様はご健在ですか？ ・健在 ・死亡
- 6 お母様はご健在の場合： お母様はB型肝炎ウイルスに感染しておられますか？
・感染していない ・感染している（いた） ・不明
- 7 お母様が死亡されている場合
 - ① 死亡時（ 年前あるいはS・H 年 月）
 - ②生存中にお母様が入院されたことはありませんか（入院の際にB型肝炎ウイルス検査をすることが多いのですが、していませんか？）
・入院歴がある（入院当時の母の年齢 歳） ・ない
 - ③兄または姉は何人いますか？そのうちB型肝炎ウイルスに感染している人がいますか？
兄姉は（ ）人いる。 そのうち（ ）人は感染している
- 8 母子手帳はありますか ・ある ・ない
- 9 種痘またはBCGの注射痕はありますか ・ある ・ない
- 10 あなたのご連絡先
氏名..... 職業.....
住所〒.....
連絡先電話番号..... F A X 番号.....
- 11 相談者と感染被害者が違う場合 感染被害者名.....
- 12 封筒に弁護士名が入ってもよい（ ）、電話で弁護士を名乗ってよい（ ）
- 13 その他
.....