

## 原告(提訴希望者)事前調査票

ふりがな 患者氏名	死亡の場合チェック <input type="checkbox"/>			性別	男・女			
生年月日	S・H	年	月	日	母子二次感染の子の場合 チェック <input type="checkbox"/>			
母子手帳	有・無	手帳がない事情	紛失・不交付・不明		接種痕 有・無			
依頼者名			患者からみた続柄	本人・他( )				
住所・資料送付先	〒							
電話		FAX	同左・なし		携帯電話			
職業		メールアドレス	なし <small>パソコンからのメールが受信できるアドレスをお書き下さい。</small>					
<b>乳幼児期(0才から満7才まで)の住所</b>								
いつから	いつまで	居住していた市区町村(〇〇県△△市)						
<b>B型肝炎ウイルスの持続感染の有無</b>								
氏名	生年月日	現在の居住地 (〇〇県△△市)	生死。死亡の場合は死亡年月日	検査日	HBs抗原 (+/-)	HBc抗体 (CLIA法のS/CO値)	HBe抗原 (+/-)	HBV-DNA (+/-) (値)
患者	S・H	/	存・亡					
母	T・S		存・亡					
兄・姉	T・S		存・亡					
父	T・S		存・亡					
<b>病態、病歴、病院歴など</b>								
現在までで最も重い症状に○ →		無症候性キャリア	慢性肝炎	肝硬変	肝がん			
B型肝炎ウイルスに感染していることを知った時:								
						年	月	(あるいは 年くらい前、 才頃)
肝臓の数値が悪化した時(あるいは肝炎が発症した時):								
						年	月	(あるいは 年くらい前、 才頃)
病歴、病院歴を年代順に記載して下さい。肝生検、インターフェロン、投薬などがある時は、スタートした時期も記入してください。								
不足する時は、別にA4用紙にお書き下さい。なるべく詳しくお書き下さい。								