

薬害肝炎FAX相談用紙

(FAX番号06-6315-9996)

相談内容にはFAXでお答えします。必ずFAX番号をお書きください。

お名前 _____ (仮名でも結構です)

FAX番号 _____ (必須)

電話番号 _____
(弁護団よりお電話させていただく場合があります)

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。
診断を受けたことがある場合には、診断名(今までに受けたなかで最も重い診断名)、肝炎治療医療機関(現在、過去)をご記入下さい。
□ ある □ ない
診断名(□ 無症候性キャリア □ 慢性肝炎 □ 肝硬変 □ 肝がん)
治療医療機関(現在: _____ 過去: _____)
- 2 感染したと思われる時期
□ 昭和39年6月より前 □ 昭和39年6月から平成6年まで
□ 平成6年以降 □ 不明
- 3 感染したと思われる病院(複数の可能性がある場合はすべてお書きください。すでに廃院の場合は、□にチェックもお願いします)
_____ 病院(病院所在地: _____ 都道府県
_____ 市・郡町村) □すでに廃院となっている
- 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((フィブリノーゲン-BBabk,フィブリノーゲン-ミドリ, フィブリノゲン-ミドリ, フィブリノゲン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)について、病院で確認しましたか(カルテだけでなく、手術記録、分娩台帳、麻酔記録、処方箋、紹介状などの医療記録確認も行って下さい)
□ はい □ いいえ
- 6 (5で「はい」と答えた方へ) 病院からの回答はいかがでしたか(複数回答可。病院からの回答を受けたうえでご記入下さい)
□ 投与されている □ 投与されていない □ 不明
□ その他(_____)
- 7 (6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 _____
- 8 田辺三菱製薬(電話番号:0120-614-600)にも血液製剤の投与について確認しましたか
□ はい(投与されていた) □ はい(投与不明) □ いいえ
- 9 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
- 10 ご質問等をお書きください。