

血友病薬害被害者対象検診外来

検診外来申込書

宛先：広島大学病院 エイズ医療対策室

FAX：082-257-5351

郵送先：〒734-8551 広島県広島市南区霞1-2-3
(FAXまたは郵送にてお申込みください)

ふりがな			性別
お名前			男性・女性
生年月日	年 月 日 (歳)		
ご住所 (ご自宅)	〒 _____ 県 _____		
電話番号	(携帯)	(自宅)	
希望コース	*希望コースに○を付けてください。Cコースは希望検査にも○を1つ付けてください。 A ・ B ・ C (①冠動脈CT ②腹部エコー&消内診察 ③頭部MRI ④PET)		
検診希望日 【1回目】	第一希望 年 月 日 ()	第二希望 年 月 日 ()	
検診希望日 【2回目】	第一希望 *Cコースの方は不要 年 月 日 ()	第二希望 年 月 日 ()	
検診外来で特に調べてほしいこと *当てはまる項目に○を付けてください (複数回答可) 関節・歯科・認知機能・その他			
具体的に気になる事をご記入ください ・			
【申込医療機関】 所在地			
名称			
電話			
医師名 科			

※ お送りいただいた個人情報の取り扱いについては厳重に管理し、同意なしに第三者に提供することは一切ありません。