（別紙１）

血友病薬害被害者対象検診外来および検査入院

検診外来および入院申込書

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）

おふりがな		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）	（ご自宅）	
希望コース	以下の希望コースに〇を付けてください。Cコースは希望検査にも〇を１つ付けてください。		
■検診外来：Ａ ・Ｂ・Ｃ（①腹部エコー＆消内診察 ②頭部MRI ③PET）			
■検査入院			
希望日 【1回目or入院】	第一希望 年　月　日（　）	第二希望 年　月　日（　）	
希望日 【2回目】	第一希望　＊外来Cコースの方は不要 年　月　日（　）	第二希望 年　月　日（　）	

検診で特に調べてほしいこと　　＊当てはまる項目に〇を付けてください

（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。