血友病薬害被害者対象検診外来および検査入院　　（別紙１）

申込書

2026/5/1

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

ふりがな		性　別	生年月日
名前		男・女	年　月　日　（　歳）
住所	〒 県		
電話番号	（携帯）	（自宅　）	

■ご希望される受診形態（検診外来/検査入院）と、コースおよび検査内容にチェック☑ を付けてください。

＊各受診形態でご案内できる検査が異なります。

□検診外来	□Aコース（受診２回）　□PET　□頭部MRI　□認知機能検査　□上部内視鏡検査
	□Bコース（受診１回）　□PET　□頭部MRI　□認知機能検査

□検査入院➡
（□２泊３日　□３泊４日）

オプション検査希望

□①PET
□②頭部MRI
□③上部消化管内視鏡（下部消化管内視鏡との併用不可）
□④下部消化管内視鏡（CF）　＊ご希望時は、3泊4日になります）
＊全ての検査を実施することが困難なこともございます。

希望順に番号を記載してください

希望日	第一希望	第二希望
	年　月　日（　）	年　月　日（　）

特に調べてほしいこと、相談したいこと（複数回答可）

*当てはまる項目にチェック☑を付けてください

□関節　□がん　□生活習慣病　□歯科（歯科未受診者限定）　□認知機能　□心理状態

□社会資源利用　□今後の生活に向けたこと　□その他（　　）

上記を含めて気になる症状などをご記載ください。

【記載者】　受診医療機関名：

□患者本人　診療科：　　主治医名：

□医療者　施設住所：

施設電話：

※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。