

独立行政法人 国立病院機構 仙台医療センター  
血友病薬害被害者 検査入院申込書

申込日：令和 年 月 日

送信者情報：氏名			
送信者情報：所属名	※送信者が医療機関の場合のみ、所属機関・診療科を記載してください。		
フリガナ		性別	1. 男 2. 女
患者氏名		生年月日	年 月 日
患者住所			
電話番号	※日中つながりやすい番号を記載してください。		
担 当 医 連 絡 先	病院名		
	診療科		
	主治医		
	連絡先	TEL：	
入院希望日	<input type="checkbox"/> 令和 年 月 上旬・中旬・下旬		
	<input type="checkbox"/> いつでも良い <input type="checkbox"/> 直接相談したい		
血友病の状況	<input type="checkbox"/> 血友病A <input type="checkbox"/> 血友病B <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	現在使用している製剤名：_____ 週 _____ 回 _____ 単位 ヘムライブラ使用の方は以前使用していた製剤名：（ ）		
希望する検査、診療科	<input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 消化器科 <input type="checkbox"/> 認知機能検査 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
検診で希望されること (自由記載)			

**FAX送付先：022-293-1123 (地域医療連携室直通)**

宛先 仙台医療センター 地域医療連携室

〒983-8520 宮城県仙台市宮城野区宮城野2丁目11番12号

TEL：022-293-1118 (平日8:30~17:15) 担当 社会福祉士(相談員) 千田・小倉