

血液検査の報告書

患者生年月日 年 月 日

患者氏名

① 6ヵ月以上の間隔をあけた2時点におけるいずれかの検査実施日

検査項目	検査実施日 (年 月 日)
<HBs抗原>	
<HBV-DNA>	
<HBe抗原>	

6ヵ月以上

検査項目	検査実施日 (年 月 日)
<HBs抗原>	
<HBV-DNA>	
<HBe抗原>	

② 『HBc抗体』の検査内容

<HBc抗体>

検査実施日 (年 月 日)

検査法: ☐ CLIA法

☐ RIA法 (原液 ・ 200倍希釈) ☐ EIA法 (原液 ・ 200倍希釈)

☐ その他 ⇒ () 法

※基本合意書では原検体検査 (CLIA法)、200倍希釈検査 (RIA法、EIA法) をお願いしていますが、その他の検査 (PHA法、CLEIA法等) については、「その他」に記載してください。

作成年月日 年 月 日

医療機関名

担当医師名

印

医療機関の方へ

※太枠内の必要箇所をご記入ください。

※上記『①の検査』又は『②の検査』のいずれかの検査実施日をご記入の上、その原データを原告の方へお渡してください。

母子健康手帳を提出できない旨の陳述書

記 載 日 年 月 日

陳述者氏名 _____ 印 _____

一次感染者との続柄 ()

一次感染者氏名 (年 月 日生)

○ 一次感染者の母子健康手帳を提出できない理由

[illegible]

集団予防接種等に関する陳述書

記 載 日 年 月 日

陳述者氏名 印

一次感染者との続柄 ()

一次感染者氏名 (年 月 日生)

- 一次感染者が集団予防接種等を受けた年齢 () 歳頃
- 一次感染者が集団予防接種等を受けた場所 (具体的な施設名)
- 受けた記憶のある集団予防接種等について該当するもの (複数回答可)
- ☐ ツベルクリン反応・BCG
- ☐ ジフテリア、百日咳 (2 種混合, 3 種混合含む)
- ☐ 種痘
- ☐ 腸チフス・パラチフス
- ☐ そのほか ()
- そのほかに一次感染者の集団予防接種等について記憶していること等

接 種 痕 意 見 書

以下の者について、種痘又はBCGの接種痕を認めたことを報告する。

報告年月日 年 月 日

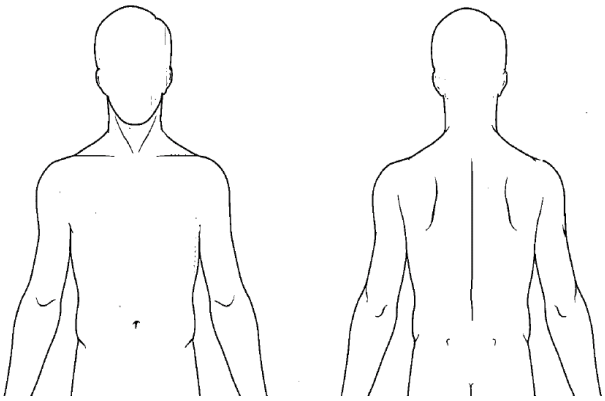
医師の氏名 印

(署名又は記名の上、押印のこと)

病院・診療所の名称

上記病院・診療所の所在地

電話番号 () ー

1 患者氏名	2 性別	3 生年月日
	男 ・ 女	年 月 日
4 患者住所		
電話 () ー		
5 接種痕のある部位に×印を記入願います		6 備考
		

血液検査の報告書(母親用)

下記患者の血液検査(HBs抗原とHBc抗体)を報告する。

患者生年月日 年 月 日

患者氏名

①『HBs抗原』の検査

<HBs抗原>

検査実施日(年 月 日)

②『HBc抗体』の検査

<HBc抗体>

検査実施日(年 月 日)

検査法: ☐ CLIA法

☐ RIA法(原液・200倍希釈) ☐ EIA法(原液・200倍希釈)

☐ その他 ⇒ () 法

※基本合意書では原検体検査(CLIA法)、200倍希釈検査(RIA法、EIA法)をお願いしていますが、その他の検査(PHA法、CLEIA法等)については、「その他」に記載してください。

作成年月日 年 月 日

医療機関名

担当医師名 印

医療機関の方へ

※太枠内の必要箇所をご記入ください。

※上記①②両方の血液検査を行ってください。

※上記①②両方の血液検査結果(原データ)を原告の方へお渡しください。

記 載 日 年 月 日

陳述者氏名 _____ 印 _____

一次感染者との続柄 ()

一次感染者氏名 (年 月 日生)

患者（氏名：_____）の母親（氏名：_____）は
既に死亡しており、血液の検査結果も残存していません。

○ 理由 (任意)

[illegible]

血液検査の報告書（年長のきょうだい用）

下記患者の血液検査（HBs抗原とHBc抗体）を報告する。

患者生年月日 年 月 日

患者氏名

①『HBs抗原』の検査

<HBs抗原>

検査実施日（ 年 月 日）

②『HBc抗体』の検査

<HBc抗体>

検査実施日（ 年 月 日）

検査法：□CLIA法

□RIA法（原液・200倍希釈） □EIA法（原液・200倍希釈）

□その他 ⇒ （ ）法

※基本合意書では原検体検査（CLIA法）、200倍希釈検査（RIA法、EIA法）をお願いしていますが、その他の検査（PHA法、CLEIA法等）については、「その他」に記載してください。

作成年月日 年 月 日

医療機関名

担当医師名 印

医療機関の方へ

※太枠内の必要箇所をご記入ください。

※上記患者の血液検査（HBs抗原とHBc抗体）の検査結果（原データ）を原告の方へお渡しください。

原告の方へ

※年長のきょうだいの血液検査（HBs抗原とHBc抗体）の報告書を提出していただきます。

診療録等開示請求書

甲5-1

年 月 日

殿

私は、貴院が保有する下記の診療録等の開示を請求します。

1 開示請求に係る患者	〒 ー 住所 氏 名 生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日(歳) 電話番号 ()
2 請求者氏名および患者との間柄	
3 開示を請求する内容	(1) 提訴日前1年分(肝疾患に限る) ① 診療科名 : () ② 開示請求する期間: 外来 年 月 日～ 年 月 日 入院 年 月 日～ 年 月 日 (2) 持続感染判明から1年分 ① 診療科名 : 全科 ② 開示請求する期間: 外来 年 月 日～ 年 月 日 入院 年 月 日～ 年 月 日 (3) 肝炎発症から1年分 ① 診療科名 : 全科 ② 開示請求する期間: 外来 年 月 日～ 年 月 日 入院 年 月 日～ 年 月 日 (4) 入院中のすべての医療記録(退院時要約(サマリー)でも可)(肝疾患に限る) ① 診療科名 : () ② 開示請求する期間: 入院 年 月 日～ 年 月 日
4 開示方法	複写(ただし、看護記録、診療報酬明細および紙媒体にすることが容易でない写真・画像等を除く)

(回答)

上記の者について医療記録が不存在であることを報告する。

☐ すべて不存在 ☐ 一部の期間が不存在 (年 月 日～ 年 月 日)

(不存在である理由)

- ☐ 当院での受診歴が確認できない
☐ 医療記録を廃棄している
☐ その他 ()

作成年月日 年 月 日

医療機関名 印

所在地

電話番号

※貴院様式の開示請求書に回答いただいても構いません。

甲5-2-

提訴日前1年内の医療記録に関する報告書

(肝疾患に限る)

記載日 年 月 日

報告者氏名 印 一次感染者との続柄 ()

一次感染者氏名 (年 月 日生)

○ 直近1年以内に通院した医療記録について

□ (医療機関名)

通院期間 年 月 日から 年 月 日まで

□ (医療機関名)

通院期間 年 月 日から 年 月 日まで

□ (医療機関名)

通院期間 年 月 日から 年 月 日まで

□ (医療機関名)

通院期間 年 月 日から 年 月 日まで

※提出期間が1年に満たない場合にはその理由を記載してください。

□ 廃院した (医療機関名: 所在地:)

(その他)

原告の方へ

※医療記録の表紙がある場合は、表紙も一緒にご提出ください。

※通院した医療機関が書き切れない場合はこの紙を複数枚提出いただいても構いません。

(肝疾患に限る)

記 載 日 年 月 日

陳述者氏名 印

一次感染者との続柄 ()

一次感染者氏名 (年 月 日生)

患者（氏名：_____）は、提訴日前日から
過去1年の間に、肝疾患による通院はありません。

理由 (任意)

[illegible]

持続感染判明時以降1年分の医療記録に関する報告書

(肝疾患に限らない)

記載日 年 月 日

報告者氏名 印 一次感染者との続柄 ()

一次感染者氏名 (年 月 日生)

○ 持続感染判明時から1年の間に通院した医療記録について

持続感染判明時 年 月 日

□ (医療機関名)

提出期間 年 月 日から 年 月 日まで

□ (医療機関名)

提出期間 年 月 日から 年 月 日まで

□ (医療機関名)

提出期間 年 月 日から 年 月 日まで

※提出期間が1年に満たない場合にはその理由を記載してください。

□ 廃院した (医療機関名: 所在地:)

(その他)

原告の方へ

※医療記録の表紙がある場合は、表紙も一緒にご提出ください。

※通院した医療機関が書き切れない場合はこの紙を複数枚提出いただいても構いません。

(肝疾患に限らない)

記 載 日 年 月 日

陳述者氏名 _____ 印 _____

一次感染者との続柄 ()

一次感染者氏名 (年 月 日生)

患者（氏名：_____）は、

持続感染判明時から１年の間に通院はありません。

理由 (任意)

[illegible]

甲5-4-

肝炎発症時以降1年分の医療記録に関する報告書

(肝疾患に限らない)

記載日 年 月 日

報告者氏名 印 一次感染者との続柄 ()

一次感染者氏名 (年 月 日生)

○ 肝がん、肝硬変、慢性肝炎発症時から1年分の通院した医療記録について

肝炎発症時 年 月 日

□ (医療機関名)

提出期間 年 月 日から 年 月 日まで

□ (医療機関名)

提出期間 年 月 日から 年 月 日まで

□ (医療機関名)

提出期間 年 月 日から 年 月 日まで

※提出期間が1年に満たない場合にはその理由を記載してください。

□ 廃院した (医療機関名: 所在地:)

(その他)

原告の方へ

※医療記録の表紙がある場合は、表紙も一緒にご提出ください。

※通院した医療機関が書き切れない場合はこの紙を複数枚提出いただいても構いません。

肝炎発症時以降1年間に入院していない旨の陳述書

(肝疾患に限らない)

記 載 日 年 月 日

陳述者氏名 印

一次感染者との続柄 ()

一次感染者氏名 (年 月 日生)

患者（氏名： ）は、

肝炎発症時から1年の間に通院はありません。

理由（任意）

入院中の医療記録に関する報告書

(肝疾患に限る)

記載日 年 月 日

報告者氏名 印 一次感染者との続柄 ()

一次感染者氏名 (年 月 日生)

○ 入院歴がある場合、入院中のすべての医療記録または退院時要約（サマリー）について

□ (医療機関名)

提出期間 年 月 日から 年 月 日まで

□ (医療機関名)

提出期間 年 月 日から 年 月 日まで

□ (医療機関名)

提出期間 年 月 日から 年 月 日まで

□ (医療機関名)

提出期間 年 月 日から 年 月 日まで

□ (医療機関名)

提出期間 年 月 日から 年 月 日まで

□ (医療機関名)

提出期間 年 月 日から 年 月 日まで

原告の方へ

※医療記録の表紙がある場合は、表紙も一緒にご提出ください。

※入院した医療機関が書き切れない場合はこの紙を複数枚提出いただいても構いません。

血液検査の報告書（父親用）

下記患者の血液検査（HBs抗原とHBc抗体）を報告する。

患者生年月日 年 月 日

患者氏名

①『HBs抗原』の検査

<HBs抗原>

検査実施日（ 年 月 日）

②『HBc抗体』の検査

<HBc抗体>

検査実施日（ 年 月 日）

検査法：□CLIA法

□RIA法（原液・200倍希釈） □EIA法（原液・200倍希釈）

□その他 ⇒ （ ）法

※基本合意書では原検体検査（CLIA法）、200倍希釈検査（RIA法、EIA法）をお願いしていますが、その他の検査（PHA法、CLEIA法等）については、「その他」に記載してください。

作成年月日 年 月 日

医療機関名

担当医師名 印

医療機関の方へ

※太枠内の必要箇所をご記入ください。

※上記患者の血液検査（HBs抗原とHBc抗体）の検査結果（原データ）を原告の方へお渡しください。

原告の方へ

※父親のHBs抗原とHBc抗体両方の血液検査の報告書を提出していただきます。

記 載 日 年 月 日

陳述者氏名 _____ 印 _____

一次感染者との続柄 ()

一次感染者氏名 (年 月 日生)

患者（氏名：_____）の父親（氏名：_____）は
既に死亡しており、血液の検査結果も残存しておりません。

○ 理由 (任意)

[illegible]

患者氏名・性別	男・女	生年月日	西暦	年	月	日
---------	-----	------	----	---	---	---

1. 以下の病態区分のうち、いずれか1つに○をつけて下さい
※複数該当する場合は、死亡＞肝がん＞肝硬変＞慢性肝炎の優先順位で1つ○をつけて下さい

○	慢性肝炎	○	肝硬変	○	肝がん	○	死亡
---	------	---	-----	---	-----	---	----

2. 上記病態区分と診断した理由を、検査結果、経過等を示しつつ具体的に記載して下さい
※病理組織学検査にて肝がん、肝硬変と診断され、6に記載している場合は、記載不要です
 ※慢性肝炎は、6ヶ月以上の肝機能検査値の異常が確認され、5に記載している場合には、記載不要です。なお、病理組織学検査結果がある場合であっても、ほかに慢性肝炎と診断できる根拠を記載して下さい。

3. B型肝炎ウイルスの持続感染に起因する病態であると診断した理由を具体的に記載して下さい
※HBV-DNA 量、肝炎ウイルスマーカー等を示しつつ、具体的に記載して下さい

4. 上記病態区分と、最初に診断された日を前医の情報等も踏まえて記載して下さい
※分からない場合は、不明に○をつけて下さい

最初に診断された日	西暦	年	月	日	不明
-----------	----	---	---	---	----

5. 慢性肝炎と診断した場合は、6ヶ月以上の間隔をあけた2時点のALT (GPT) の値を記載して下さい

検査日	年	月	日	年	月	日	(基準値)
ALT (GPT)	IU/l			IU/l			～ IU/l

6. 肝硬変、肝がんと診断した場合は、病理組織学検査結果を記載して下さい

有	病理組織診断病名	〔 〕
無	診断日	〔 西暦 年 月 日 〕

7. 肝硬変と診断した場合は、90日以上の間隔をあけた2時点のChild-Pugh分類の評価を記載して下さい

	年	月	日	年	月	日
肝性脳症	なし	軽度	昏睡	なし	軽度	昏睡
腹水	なし	軽度	中程度以上	なし	軽度	中程度以上
血清アルブミン値 [g/dl]	3.5 超	2.8～3.5	2.8 未満	3.5 超	2.8～3.5	2.8 未満
プロトロンビン時間 [%]	70 超	40～70	40 未満	70 超	40～70	40 未満
血清総ビリルビン値 [mg/dl]	2.0 未満	2.0～3.0	3.0 超	2.0 未満	2.0～3.0	3.0 超

8. 肝硬変と診断した場合は、肝臓移植の実施の有無について記載して下さい

有	医療機関名	〔 〕	医師名	〔 〕
無	手術日	〔 西暦 年 月 日 〕		

9. 死亡と診断した場合は、死亡診断書に記載されている内容について記載して下さい

直接死因		死亡したとき	西暦	年	月	日
------	--	--------	----	---	---	---

上記のとおり診断します。 西暦 年 月 日

肝疾患診療連携拠点病院 肝疾患専門医療機関 がん診療連携拠点病院

医療機関名 _____

住所 (〒 _____) 診療科名 _____

医師名 _____ 印

電話番号 (_____) (署名又は押印)

特記事項

- 該当する ○ は、実線で囲んで下さい。
- 診断書は、肝疾患診療連携拠点病院、肝疾患専門医療機関にて作成すること。
- 肝がん、死亡の診断書は、がん診療連携拠点病院でも作成可とする。

甲8-1

最高裁令和3年判決の事例と同様の経過をたどる

慢性肝炎であることに関する報告書

記載日 年 月 日

報告者氏名 印 一次感染者との続柄 ()

一次感染者氏名 (年 月 日生)

1 HBe抗原陽性の慢性肝炎発症時について

☐ 年 月 日

2 HBe抗原がセロコンバージョンを起こした時期について

☐ 年 月 日

3 肝炎が鎮静化した期間について

☐ 年 月 日 ~ 年 月 日まで

4 HBe抗原陰性の慢性肝炎発症時について

☐ 年 月 日

5 上記1 (HBe抗原陽性慢性肝炎発症時) ~ 4 (HBe抗原陰性慢性肝炎発症時以降1年分) の期間中における医療機関の通院歴 (書き切れない場合は継続用紙に記入願います。)

☐ (医療機関名)

通院期間 年 月 日から 年 月 日まで

☐ (医療機関名)

通院期間 年 月 日から 年 月 日まで

☐ (医療機関名)

通院期間 年 月 日から 年 月 日まで

原告の方へ

※医療記録の表紙がある場合は、表紙も一緒にご提出ください。

※入院した医療機関が書き切れない場合はこの紙を複数枚提出いただいても構いません。

甲8-2

最高裁令和3年判決の事例と同様の経過をたどる

慢性肝炎であることに関する報告書(継続用紙)

記載日 年 月 日

報告者氏名 印 一次感染者との続柄 ()

一次感染者氏名 (年 月 日生)

5 上記1(HBe抗原陽性慢性肝炎発症時)～4(HBe抗原陰性慢性肝炎発症時以降1年分)の期間中における医療機関の通院歴(継続用紙)

☐ (医療機関名)
通院期間 年 月 日から 年 月 日まで

☐ (医療機関名)
通院期間 年 月 日から 年 月 日まで

☐ (医療機関名)
通院期間 年 月 日から 年 月 日まで

☐ (医療機関名)
通院期間 年 月 日から 年 月 日まで

☐ (医療機関名)
通院期間 年 月 日から 年 月 日まで

☐ (医療機関名)
通院期間 年 月 日から 年 月 日まで

原告の方へ

※医療記録の表紙がある場合は、表紙も一緒にご提出ください。

※通院した医療機関が書き切れない場合はこの紙を複数枚提出いただいても構いません。