

令和 年 月 吉日

病院 科

先生

広島大学病院エイズ医療対策室
藤井 輝久

広島大学病院 血友病薬害被害者検査入院日決定のお知らせとお願い

謹啓 時下益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。この度は、広島大学病院実施の検査入院に貴院患者様をお申し込み頂きありがとうございます。

この度、検査入院日が決まりましたのでご案内させていただきます。患者様には本院より検査入院日と必要な物をお手紙にてお知らせしております。

つきましては、事前に当該患者様の現在の状態を伺わせて頂き、必要な検査項目を決めたいと考えております。お手数ではございますが、当該患者様の【紹介状】と【直近のデータ】を、下記検査入院日の1週間前迄にお送りいただきますようお願い申し上げます。

謹白

患者名： 様（ : 男性 ）

生年月日： 年 月 日（ 歳）

検査入院日： 年 月 日（木）～ 月 日（土）

<紹介状及びデータ送付先>（郵送又はファックスでお願い致します）

〒734-8551

広島県広島市南区霞 1-2-3

広島大学病院 エイズ医療対策室 室長 藤井 輝久

FAX (082) 257-5351 (エイズ医療対策室直通)