（様式２）

甲２－

血液検査の報告書

患者生年月日　　年　　月　　日　　患　者　氏　名

①６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

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

６ヵ月以上 →

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

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ください。