

記入日： 年 月 日

血友病薬害被害者対象検診外来および検査入院：看護問診票
-----------------------------

診療に役立てるため、事前の問診票記入にご協力をお願いいたします。下記の質問にお答えください。

※この問診票は当院の医療対策室で厳重に管理し、検診の関係者のみ取り扱います。

お名前( )

(1)現在の身体の状態についてお尋ねします。

①血友病以外で現在治療中の病気の詳細をご記入ください。

(例:\*\*才～ C型慢性肝炎 内服治療後定期受診中,\*\*才～ 膝関節症 手術予定・リハビリ)

②現在受診されている診療科に印をつけてください。

整形外科 消化器内科 歯科 科 科

③処方されている薬、服用中のサプリメントをご記入ください。(お薬手帳をご持参頂いても結構です)

◆サプリメント:

④薬のアレルギーはありますか。 なし あり( )⑤食べ物のアレルギーはありますか。 なし あり( )⑥タバコは吸いますか。 吸わない 吸う( 本/日)

⑦お酒は飲みますか。(飲む方はお酒の種類に○をし、飲酒量をご記入ください。)

飲まない 飲む:日本酒・焼酎・ビール・ワイン・ウイスキー・その他( ) mL/日

⑧今までかかった病気や受けた治療についてご記入ください。

(例:\*\*才 虫垂炎 手術, \*\*才 頭蓋内出血 保存療法)

(2)血友病についてお尋ねします。

①あなたの血友病の種類は何ですか。 血友病A 血友病B 不明②重症度はどれですか。 重症型 中等症型 軽症型 不明③インヒビターはありますか。 なし あり④輸注は誰が行いますか。 本人 家族(関係 ) 病院 その他( )

⑤使用している製剤名をご記入ください。

⑥輸注方法に印をつけ、1回あたりの投与量をご記入ください。

定期( 回/週) 出血時( 回/週・月・年)予備的(旅行などのイベント前に念のために注射すること)(頻度: 回/週・月・年)

1回あたりの投与量(もっとも頻度の多いもの): 単位・mg

裏面もおねがいします

