

お名前()

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：問診票

診療に役立つため、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。

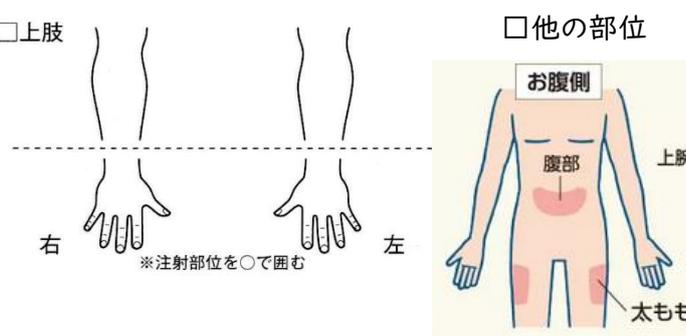
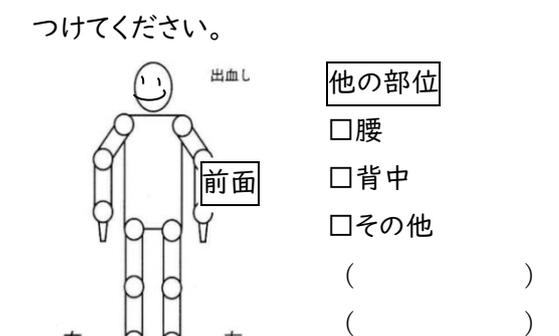
(1) **血友病以外**の現在の身体の状態についてお尋ねします。

①現在治療中の病気があればご記入ください。
②現在受診されている診療科に印をつけてください。 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> それ以外()科
③内服中の薬、サプリメントをご記入ください。(お薬手帳をご持参ください) ◆内服薬: ◆サプリメント:
④薬のアレルギーはありますか。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
⑤食べ物のアレルギーはありますか。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
⑥タバコは吸いますか。 <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う(本/日) 喫煙歴: 年
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。) <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 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:○歳-虫垂炎の手術、○歳-頭蓋内出血で保存療法)

(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。 <input type="checkbox"/> 血友病 A <input type="checkbox"/> 血友病 B <input type="checkbox"/> 不明
②重症度はどれですか。 <input type="checkbox"/> 重症型 <input type="checkbox"/> 中等症型 <input type="checkbox"/> 軽症型 <input type="checkbox"/> 不明
③インヒビターはありますか。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
④輸注は誰が行いますか。 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族(関係) <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他()
⑤使用している製剤名をご記入ください。 ◆製剤投与の記録をされていますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
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。 <input type="checkbox"/> 定期(回/週) <input type="checkbox"/> 出血時(回/週・月・年) <input type="checkbox"/> 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
⑦出血時の緊急受診先はありますか。 <input type="checkbox"/> あり(病院名:) 自宅から(車で 時間 分) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 検討中

裏面もおねがいします

<p>⑧主な注射部位を○で囲んでください。</p> <p><input type="checkbox"/>上肢</p>  <p><input type="checkbox"/>他の部位</p>	<p>⑨出血しやすい関節、痛みのある箇所を印をつけてください。</p>  <p><input type="checkbox"/>腰</p> <p><input type="checkbox"/>背中</p> <p><input type="checkbox"/>その他</p> <p>()</p> <p>()</p>
---	--

(3) 社会生活についてについてお尋ねします。

<p>①現在利用している医療保険に印をつけてください。</p> <p><input type="checkbox"/>国民健康保険 <input type="checkbox"/>社会保険 <input type="checkbox"/>各種組合健康保険 <input type="checkbox"/>共済組合保険 <input type="checkbox"/>生活保護</p> <p><input type="checkbox"/>後期高齢者健康保険 <input type="checkbox"/>船員保険 <input type="checkbox"/>その他()</p>
<p>②被保険者に印をつけてください。 <input type="checkbox"/>本人 <input type="checkbox"/>家族</p>
<p>③医療・福祉・介護制度を利用していますか。利用中の方は、利用している制度全てに印をつけてください。</p> <p><input type="checkbox"/>特定疾病療養費(マル長) <input type="checkbox"/>先天性血液凝固因子障害等治療研究事業助成(マル血)</p> <p><input type="checkbox"/>身体障害者手帳(等級: 級) ➡ 障害名: <input type="checkbox"/>免疫機能 <input type="checkbox"/>下肢上肢 <input type="checkbox"/>その他()</p> <p><input type="checkbox"/>自立支援医療(更生医療・精神通院) <input type="checkbox"/>重度心身障害者医療費助成制度</p> <p><input type="checkbox"/>介護保険(介護度:要支援1・2 / 要介護1・2・3・4・5) *該当するものに○を付けてください</p> <p><input type="checkbox"/>福祉サービス(障害区分: 、利用サービス:)</p> <p><input type="checkbox"/>その他()</p>
<p>④就労状況についてご記入ください。 <input type="checkbox"/>就労していない <input type="checkbox"/>就労中(職業:)</p>
<p>⑤家族構成をご記入ください。【同居の方、親族の同疾病(血友病)の有無もご記入ください】</p> <p>【例:父(同居)、母(同居)、弟(血友病)】</p>
<p>⑥経済状況(生活費)について当てはまるもの全てに印をつけてください。</p> <p><input type="checkbox"/>就労収入 <input type="checkbox"/>PMDAからの健康管理手当 <input type="checkbox"/>障害年金 <input type="checkbox"/>老齢年金 <input type="checkbox"/>家族収入 <input type="checkbox"/>貯蓄</p> <p><input type="checkbox"/>薬害裁判時の和解金の残あり <input type="checkbox"/>その他()</p>
<p>⑦取得されている手当全てに印をつけてください。</p> <p><input type="checkbox"/>和解金 <input type="checkbox"/>健康管理支援事業(イヅ 発症手当) <input type="checkbox"/>調査研究事業(未発症手当 ¥ /月)</p> <p><input type="checkbox"/>特別障害者手当 <input type="checkbox"/>重度心身障害者手当(自治体により有無あり) <input type="checkbox"/>その他()</p>
<p>⑧血友病薬害被害者手帳を持っていますか。 <input type="checkbox"/>持っていない <input type="checkbox"/>持っている <input type="checkbox"/>今後、持ちたい</p>
<p>⑨生活する上で困っていることや不自由なこと等、ご自由にご記入ください。</p>

★問診票は、来院日当日にご持参ください。

広島大学病院 2025/5/1 改訂