

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します。

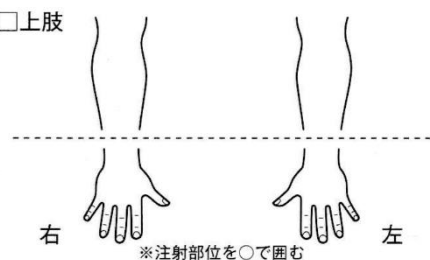
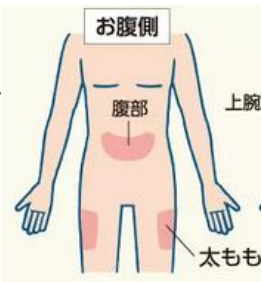
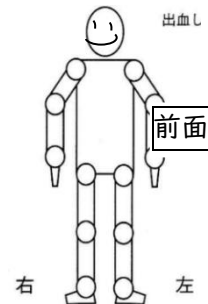
(1) 血友病以外の現在の身体の状態についてお尋ねします。

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。 □整形外科 □消化器内科 □歯科 □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。 □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) 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。 □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: ○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。 □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 □訪問看護 □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 □はい □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。 □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
⑦出血時の緊急受診先はありますか。 □あり(病院名:) 自宅から(車で 時間 分) □なし □検討中

裏面もおねがいします

⑧主な注射部位を○で囲んでください。 ☐上肢  ☐他の部位 	⑨出血しやすい関節、痛みのある箇所印をつけてください。  他の部位 ☐腰 ☐背中 ☐その他 () ()
--	---

(3) 社会生活についてについてお尋ねします。

①現在利用している医療保険に印をつけてください。 ☐国民健康保険 ☐社会保険 ☐各種組合健康保険 ☐共済組合保険 ☐生活保護 ☐後期高齢者健康保険 ☐船員保険 ☐その他()
②被保険者に印をつけてください。 ☐本人 ☐家族
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。 ☐特定疾病療養費(マル長) ☐先天性血液凝固因子障害等治療研究事業助成(マル血) ☐身体障害者手帳(等級: 級) ➡ 障害名: ☐免疫機能 ☐下肢上肢 ☐その他() ☐自立支援医療(更生医療・精神通院) ☐重度心身障害者医療費助成制度 ☐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 ☐福祉サービス(障害区分: 、利用サービス:) ☐その他()
④就労状況についてご記入ください。 ☐就労していない ☐就労中(職業:)
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】 【例: 父(同居)、母(同居)、弟(血友病)】
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。 ☐就労収入 ☐PMDAからの健康管理手当 ☐障害年金 ☐老齢年金 ☐家族収入 ☐貯蓄 ☐薬害裁判時の和解金の残あり ☐その他()
⑦取得されている手当全てに印をつけてください。 ☐和解金 ☐健康管理支援事業(ⅠⅡ 発症手当) ☐調査研究事業(未発症手当 ¥ /月) ☐特別障害者手当 ☐重度心身障害者手当(自治体により有無あり) ☐その他()
⑧血友病薬害被害者手帳を持っていますか。 ☐持っていない ☐持っている ☐今後、持ちたい
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。

★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