

HIV 薬害検診問診票

お名前 ()

診察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。

(1) 現在の身体の状態についてお尋ねします。

①現在治療中の病気をご記入下さい。

血友病 A (重症度：重症 中等度 軽症 不明)血友病 B (重症度：重症 中等度 軽症 不明)C型肝炎 (病態：肝炎 肝硬変 肝癌)(治療：インターフェロン 内服治療(抗HCV薬) 手術その他 ()その他 ()

②現在受診している診療科をご記入ください。

整形外科 消化器科 歯科 ()科 ()科

③現在内服中のお薬をご記入ください。(お薬手帳や薬が分かるものを持参して下さい。)

④アレルギー(お薬)はありますか。 なし あり ()⑤アレルギー(食べ物)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。(飲むにチェックをした方は、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 mL/日)

⑧今までかかった病気、受けた手術をご記入ください。

(2) 血友病についてお尋ねします。

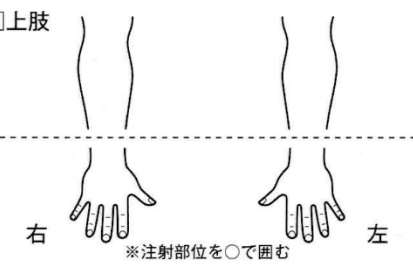
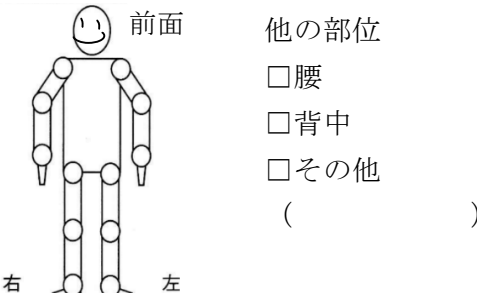
①インヒビターはありますか。 なし あり②輸注は誰が行いますか。 本人 家族 病院 その他 ()③注射手技の指導を希望しますか。 しない する

④使用製剤をご記入ください。

⑤輸注間隔と1回当たりの輸注量をご記入下さい。

定期(頻度：) 出血時(頻度：)その他(頻度：)

1回当たりの輸注量(もっとも頻度の多いもの)： IU

<p>⑥主な注射部位を○で囲んで下さい。</p> <p><input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 他の部位 ()</p>  <p style="text-align: center;">※注射部位を○で囲む</p>	<p>⑦出血しやすい関節、痛みのある箇所などに印をつけて下さい。</p>  <p style="text-align: right;">他の部位 <input type="checkbox"/> 腰 <input type="checkbox"/> 背中 <input type="checkbox"/> その他 ()</p>
--	--

(3) HIV 感染症についてお尋ねします。

<p>①エイズ発症したことはありますか。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (いつ頃:)</p>
<p>②HIV のお薬は毎日内服できていますか。 <input type="checkbox"/> 毎日飲めている <input type="checkbox"/> 1~2 回/月飲み忘れる <input type="checkbox"/> 3 回以上/月飲み忘れる</p>

(4) 社会生活についてお尋ねします。

<p>①現在利用している医療保険をご記入下さい。 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 船保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> その他 ()</p>
<p>②被保険者に印をつけて下さい。 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族</p>
<p>③現在利用している医療費助成制度全てに印をつけて下さい。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (その場合は下もチェックしてください) <input type="checkbox"/> 特定疾病療養費 <input type="checkbox"/> 先天性血液凝固因子障害等治療研究事業助成 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (<input type="checkbox"/> 免疫 <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> その他 ()) <input type="checkbox"/> 自立支援医療 <input type="checkbox"/> 重度心身障害者医療費助成制度 <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○)) <input type="checkbox"/> その他 ()</p>
<p>④就労状況をご記入下さい。 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (職業:)</p>
<p>⑤家族構成を教えてください。(同居の方、親族の同疾病(血友病)の有無もご記入下さい) (例: 父(同居)、母(同居)、弟(血友病))</p>
<p>⑦取得されている手当てをご記入下さい。 <input type="checkbox"/> 和解金 <input type="checkbox"/> 健康管理支援事業 <input type="checkbox"/> 調査研究事業 <input type="checkbox"/> 障害基礎年金(障害厚生年金、障害手当金) <input type="checkbox"/> 特別障害者手当 <input type="checkbox"/> 心身障害者福祉手当 <input type="checkbox"/> 重度心身障害者手当 <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</p>

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