

記入日 年 月 日

血友病薬害被害者検査入院問診票

お名前 ()

診療に役立てるため事前の間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、検査入院の関係者のみ取り扱います。

(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現在受診している診療科に印をつけてください。

整形外科 消化器科 歯科 () 科 () 科

③現在処方されているお薬をご記入ください。(お薬手帳のコピーを持参いただいても結構です)

④アレルギー(お薬)はありますか。印をつけてください。 なし あり()

⑤アレルギー(食べ物)はありますか。印をつけてください。 なし あり()

⑥タバコは吸いますか。印をつけてください。 吸わない 吸う(本/日)

⑦お酒は飲みますか。印をつけてください。(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。印をつけてください。 血友病 A 血友病 B 不明

②重症度はどれですか。印をつけてください。 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。印をつけてください。 なし あり

④輸注は誰が行いますか。印をつけてください。 本人 家族 病院 その他()

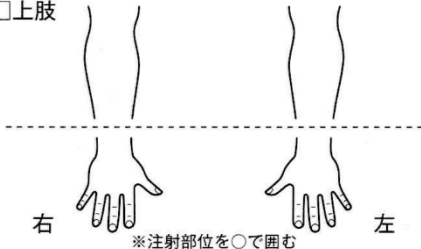
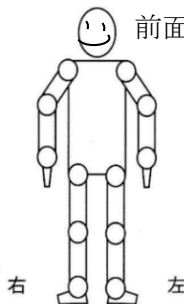
⑤使用している製剤名をご記入ください。

④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

<p>⑤主な注射部位を○で囲んでください。</p> <p><input type="checkbox"/> 上肢  <input type="checkbox"/> 他の部位 () () ()</p>	<p>⑥出血しやすい関節、痛みのある箇所などに印をつけてください。</p> <p> 前面 <input type="checkbox"/> 他の部位 <input type="checkbox"/> 腰 <input type="checkbox"/> 背中 <input type="checkbox"/> その他 () ()</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。 <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ください。 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族</p>
<p>③医療費助成制度を利用していますか。利用されている方は利用している制度全てに印をつけてください。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <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就労状況について当てはまるものに印をつけて下さい。 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (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) (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。 <input type="checkbox"/> 本人収入 <input type="checkbox"/> 家族収入 <input type="checkbox"/> 貯蓄 <input type="checkbox"/> 和解金 <input type="checkbox"/> PMDAからの支給 <input type="checkbox"/> 手当て <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。 <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。印をつけてください。 <input type="checkbox"/> 持っていない <input type="checkbox"/> 持っている</p>
<p>⑨生活するうえ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>