

記載日： 年 月 日

Webアンケートからも回答可能です↓

血友病包括診療 事前アンケート

■ 患者情報

患者ID	
受診日	年 月 日
年齢	<input type="checkbox"/> 1歳未満 <input type="checkbox"/> 1-6歳 <input type="checkbox"/> 7-12歳 <input type="checkbox"/> 13-19歳 <input type="checkbox"/> 20代 <input type="checkbox"/> 30代 <input type="checkbox"/> 40代 <input type="checkbox"/> 50代 <input type="checkbox"/> 60代以上
性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> その他



(どちらかでご回答ください)

■ 直近1ヶ月の薬剤投与回数

定期補充療法 あり (週間に 回) ・ なし

→ 投与している 曜日 曜日 時間帯 (午前・午後) 時頃

→ 予定していた曜日、時間に薬剤を投与 (できた・できなかった)

※できなかった理由

→ 定期投与以外で薬剤を追加投与したことが (あった・なかった)

※薬剤を追加で投与した理由

出血時補充療法 合計 回/月

予備的補充療法 合計 回/月

■ 直近1ヶ月で出血が (あった 回/月 ・ なかった)

※状況：

※出血部位：

■ 違和感やむずむず感を感じる事が (あった・なかった)

※具体的な部位

■ 出血以外の症状で困ったことはありますか？

例)長時間歩くと膝が痛む、仕事終わりに肘が痛くなるなど

血友病包括診療 事前アンケート

- 現在もしくはこれからについて当てはまる内容がある場合はチェックを入れてください
- 血友病の治療や薬剤に関して、最新の情報が欲しい
- 出血しているか、していないかわからない事がある
- 心配や不安に思っていることがある
- 何を聞いたらいいのかわからない
- 特になし
- その他 (_____)

- 現在もしくはこれからについて心配していることや、気になっていること、分からないことがある場合はチェックをいれてください
- 血友病のことについて
- 家族のこと、保因者について
- 学校、仕事について
- 運動について
- 日常生活について
- 結婚、パートナーについて
- 妊娠について
- 将来、老後のこと
- その他 (_____)

- 各診療科に聞いてみたいこと or その他に気になること
(小児科・血液内科・整形外科・リハビリ科・産婦人科・歯科口腔外科) に
