

緊急時用・患者カード(日本語)

緊急時用・患者カード	
氏名: _____	血液型: _____
生年月日: _____	Tel: _____
病名: _____ 欠乏因子: _____ 因子活性: _____ % インヒビター: ☐ 有 ☐ 無 アレルギー: ☐ 有 ☐ 無	
山折り ▶ 緊急時に連絡する病院及び使用製剤名 出血傾向を有する患者です。 出血が止まらないときや頭部を強打したときは、凝固因子製剤 の輸注が必要です。 アスピリン系薬剤は禁忌です。 凝固因子製剤の非輸注下では、皮下注射・筋肉注射は原則と して控えてください。 ・事故や意識がないなど緊急時は、至急下記へご連絡ください。 山折り ◀	
使用製剤名: _____ 担当医名: _____ 病院名: _____ Tel: _____	投与量: _____ 単位: _____ MAT-JP-2407630-2-0-03/2025 2025年3月作成