

輸注した日時	月 日 時頃	月 日 時頃	月 日 時頃	月 日 時頃	月 日 時頃
ロット番号シール					
輸注の種類	<input type="checkbox"/> 定期輸注 <input type="checkbox"/> 予備的輸注 <input type="checkbox"/> 出血時輸注	<input type="checkbox"/> 定期輸注 <input type="checkbox"/> 予備的輸注 <input type="checkbox"/> 出血時輸注	<input type="checkbox"/> 定期輸注 <input type="checkbox"/> 予備的輸注 <input type="checkbox"/> 出血時輸注	<input type="checkbox"/> 定期輸注 <input type="checkbox"/> 予備的輸注 <input type="checkbox"/> 出血時輸注	<input type="checkbox"/> 定期輸注 <input type="checkbox"/> 予備的輸注 <input type="checkbox"/> 出血時輸注
memo					

輸注した日時	月 日 時頃	月 日 時頃	月 日 時頃	月 日 時頃	月 日 時頃
ロット番号シール					
輸注の種類	<input type="checkbox"/> 定期輸注 <input type="checkbox"/> 予備的輸注 <input type="checkbox"/> 出血時輸注	<input type="checkbox"/> 定期輸注 <input type="checkbox"/> 予備的輸注 <input type="checkbox"/> 出血時輸注	<input type="checkbox"/> 定期輸注 <input type="checkbox"/> 予備的輸注 <input type="checkbox"/> 出血時輸注	<input type="checkbox"/> 定期輸注 <input type="checkbox"/> 予備的輸注 <input type="checkbox"/> 出血時輸注	<input type="checkbox"/> 定期輸注 <input type="checkbox"/> 予備的輸注 <input type="checkbox"/> 出血時輸注
memo					

輸注した日時	月 日 時頃	月 日 時頃	月 日 時頃	月 日 時頃	月 日 時頃
ロット番号シール					
輸注の種類	<input type="checkbox"/> 定期輸注 <input type="checkbox"/> 予備的輸注 <input type="checkbox"/> 出血時輸注	<input type="checkbox"/> 定期輸注 <input type="checkbox"/> 予備的輸注 <input type="checkbox"/> 出血時輸注	<input type="checkbox"/> 定期輸注 <input type="checkbox"/> 予備的輸注 <input type="checkbox"/> 出血時輸注	<input type="checkbox"/> 定期輸注 <input type="checkbox"/> 予備的輸注 <input type="checkbox"/> 出血時輸注	<input type="checkbox"/> 定期輸注 <input type="checkbox"/> 予備的輸注 <input type="checkbox"/> 出血時輸注
memo					

体重 \_\_\_\_\_ kg      名前 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

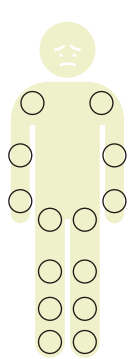
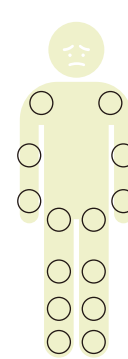
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

確認者のサイン \_\_\_\_\_

出血の記録

月 日 時頃      月 日 時頃

出血した箇所にチェックをしてください。

輸注した日時	月 日 時頃	月 日 時頃	月 日 時頃	月 日 時頃	月 日 時頃
ロット番号シール					
輸注の種類	<input type="checkbox"/> 定期輸注 <input type="checkbox"/> 予備的輸注 <input type="checkbox"/> 出血時輸注	<input type="checkbox"/> 定期輸注 <input type="checkbox"/> 予備的輸注 <input type="checkbox"/> 出血時輸注	<input type="checkbox"/> 定期輸注 <input type="checkbox"/> 予備的輸注 <input type="checkbox"/> 出血時輸注	<input type="checkbox"/> 定期輸注 <input type="checkbox"/> 予備的輸注 <input type="checkbox"/> 出血時輸注	<input type="checkbox"/> 定期輸注 <input type="checkbox"/> 予備的輸注 <input type="checkbox"/> 出血時輸注
memo					

輸注した日時	月 日 時頃	月 日 時頃	月 日 時頃	月 日 時頃	月 日 時頃
ロット番号シール					
輸注の種類	<input type="checkbox"/> 定期輸注 <input type="checkbox"/> 予備的輸注 <input type="checkbox"/> 出血時輸注	<input type="checkbox"/> 定期輸注 <input type="checkbox"/> 予備的輸注 <input type="checkbox"/> 出血時輸注	<input type="checkbox"/> 定期輸注 <input type="checkbox"/> 予備的輸注 <input type="checkbox"/> 出血時輸注	<input type="checkbox"/> 定期輸注 <input type="checkbox"/> 予備的輸注 <input type="checkbox"/> 出血時輸注	<input type="checkbox"/> 定期輸注 <input type="checkbox"/> 予備的輸注 <input type="checkbox"/> 出血時輸注
memo					

輸注した日時	月 日 時頃	月 日 時頃	月 日 時頃	月 日 時頃	月 日 時頃
ロット番号シール					
輸注の種類	<input type="checkbox"/> 定期輸注 <input type="checkbox"/> 予備的輸注 <input type="checkbox"/> 出血時輸注	<input type="checkbox"/> 定期輸注 <input type="checkbox"/> 予備的輸注 <input type="checkbox"/> 出血時輸注	<input type="checkbox"/> 定期輸注 <input type="checkbox"/> 予備的輸注 <input type="checkbox"/> 出血時輸注	<input type="checkbox"/> 定期輸注 <input type="checkbox"/> 予備的輸注 <input type="checkbox"/> 出血時輸注	<input type="checkbox"/> 定期輸注 <input type="checkbox"/> 予備的輸注 <input type="checkbox"/> 出血時輸注
memo					

体重 \_\_\_\_\_ kg      名前 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

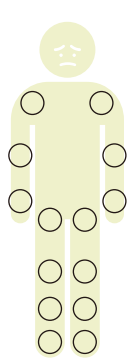
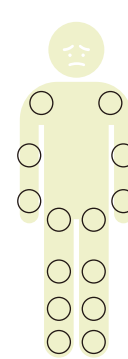
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

確認者のサイン \_\_\_\_\_

出血の記録

月 日 時頃      月 日 時頃

出血した箇所にチェックをしてください。

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

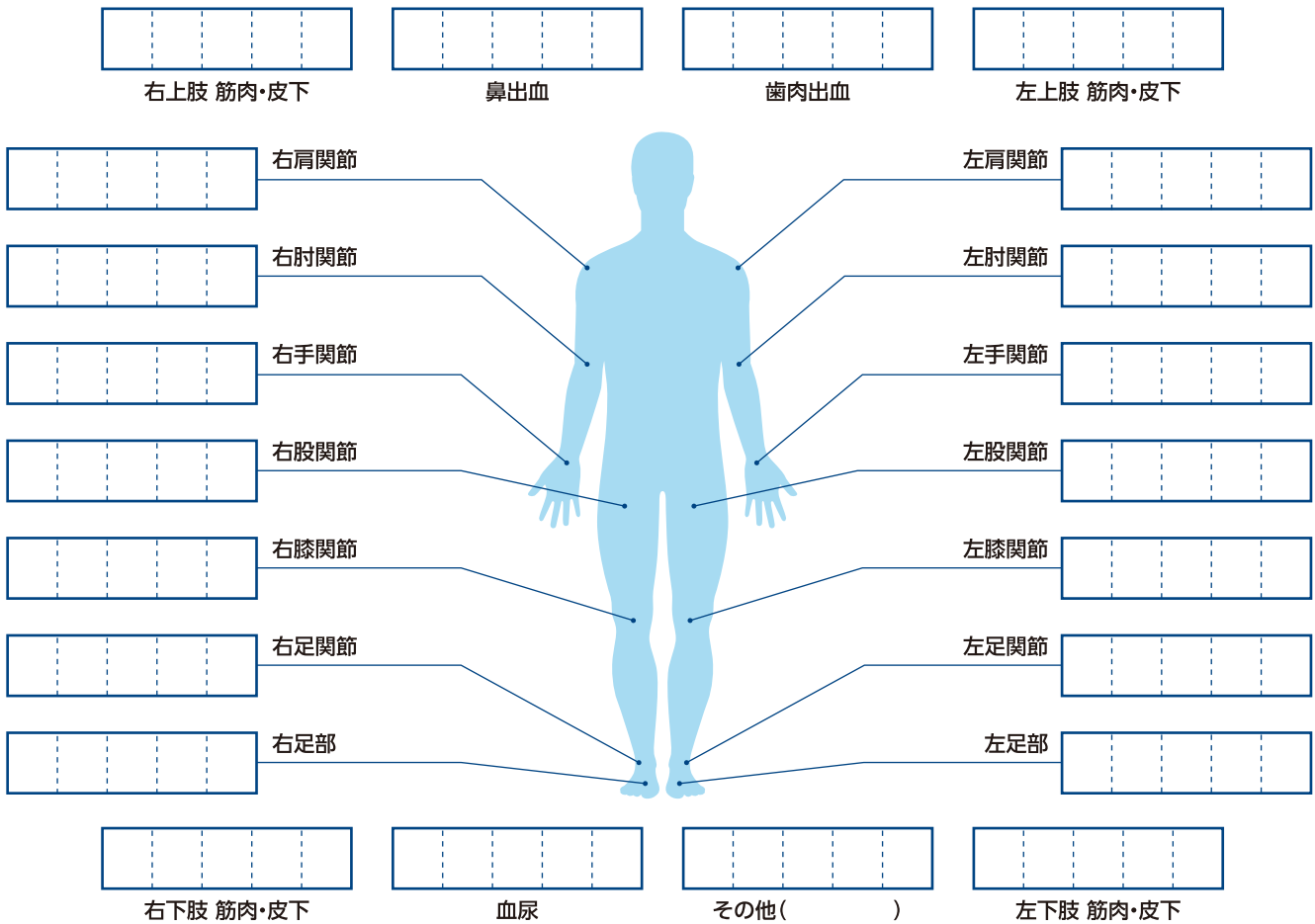
.....

.....

.....

.....

**出血部位と回数の記録** 出血したら、該当する欄にチェック✓をいれてください。



# 併用薬の記録

合併症や、ほかの疾患で使用されている薬剤がありましたら、記入してください。

使用をはじめた月日	併用薬	備考(疾患名など)
(記入例) 7月 1日	(記入例) ジャヌビア 50mg/日	(記入例) 糖尿病
月 日		
月 日		
月 日		
月 日		
月 日		
月 日		
月 日		
月 日		
月 日		
月 日		
月 日		
月 日		
月 日		
月 日		
月 日		
月 日		
月 日		

## 基本情報、緊急連絡先、緊急時のお願い

緊急時等に、医療関係者に速やかに情報が伝えられるように、ご記入ください。

基本情報		現在行っている治療	
登録番号		主に使用している製剤	製剤名： ( ) 単位
診断名		その他の製剤	製剤名： ( ) 単位
氏名		定期補充療法	無・有(輸注間隔*) ( ) *●日に1回、●●●●●●に輸注 など
生年月日	年 月 日	注射の施行者	本人・ ( )
性別	男・女	(参考) 第Ⅷ因子製剤： イロクテイ <sup>1)</sup> 、エイフスチラ <sup>1)</sup> 、アディノベイト <sup>1)</sup> 、コバルトリイ <sup>2)</sup> 、アドベイト <sup>2)</sup> 、ノボエイト <sup>2)</sup> 、コンファクトF <sup>3)</sup> 、クロスエイトMC 第Ⅸ因子製剤： オルプロロクス <sup>1)</sup> 、レフィキシア <sup>1)</sup> 、イデルピオン <sup>1)</sup> 、リクスビス <sup>2)</sup> 、ベネフィクス <sup>2)</sup> 、ノバクトM、PPSB-HT、クリスマシンM 活性型第Ⅷ因子代替製剤： ヘムライブラ バイパス製剤： ノボセプンHSリリンジ <sup>2)</sup> 、パイロット配合静注用、ファイバ 1)半減期延長遺伝子組換え製剤 2)遺伝子組換え製剤 3)フォンヴィレブランド病にも使用可	
現住所			
電話番号			
上記以外の連絡先			
保護者名			

緊急時のお願い	①(主治医)	②(関連病院・血友病センター)
・上記の疾患のため出血傾向を有する患者です。 ・出血の際は凝固因子製剤の輸注などの治療が必要です。	病院名	病院名
出血時の治療： 製剤名： ( )単位を静注	診療科	診療科
・出血リスクのある薬剤の投与は注意が必要です。 ・交通事故、外傷、頭蓋内出血など重大な出血が認められたり、疑われたとき、あるいは薬剤の入手が困難なときなどは、右記の連絡先へご連絡ください。	住所	住所
	電話番号	電話番号
	医師 1) 2)	医師 1) 2)

## バイオベラティブ・ジャパン株式会社

監 修

国立病院機構大阪医療センター 感染症内科

西田 恭治 先生