

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 ▶ ◀ 山折り

_____ : 患者ID
_____ : Tel
_____ : 病院名

緊急時に連絡する病院

- 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。