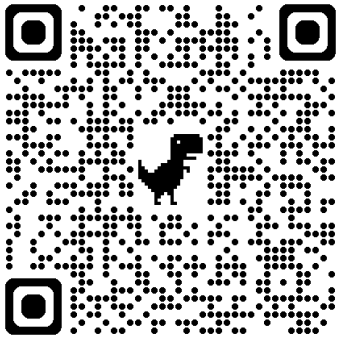
札幌徳洲会病院血友病包括外来事前アンケート

アンケートは下記に記載して頂くか､下のQRコードをスマートフォンで読み込んでお答え頂くことも可能です。用紙に記載頂く場合は当日お持ちください。QR コードからお答え頂いた場合は、その旨をチェックしていただきそのままお持ち頂けると幸いです。

□ この用紙に記載
□ QR コードから



記入日：　　年　　月　　日

氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　体重：＿＿＿＿kg

現在の使用薬剤　定期補充　（製剤名　　）　補充頻度　週・月　　回　（　　曜日)

出血時補充　（製剤名　　）

注射は誰がしていますか？

（　ご本人　・　配偶者　・　父　・　母　・　訪問看護師　・　病院で　・　その他　）

出血歴　これまで出血があった部位に○をつけてください

関節　肩(右・左)　肘(右・左)　手首(右・左)　股関節(右・左)　膝(右・左)　足首(右・左)

筋肉　（腸腰筋・　その他　　）　　脳　　口腔内　　その他　（　　）

現在の状態を教えてください

・この６か月以内に出血が　（　ある　・　ない　）　　出血部位　（　　）

・関節に違和感やむずむず感を感じることが　（　ある　・　ない　）　部位（　　）

・出血以外で関節の痛みが　（　ある　・　ない　）　　部位（　　）

・出血以外の症状で困っていることが　（　ある　・　ない　）　　具体的に（　　）

・定期的に運動を　（　している　・　していない　）　している場合はその内容　（　　）

・学校生活・日常生活・仕事・プライベートなどで困っていることが　（　ある　・　ない　）

具体的に（　　）

製剤について

・管理は誰がおこなっていますか？　（　ご本人　・　家族　・　その他　）

・製剤を処方されて自宅に持ち帰るときや出張などに持って行く時はどのように持ち運んでいますか？

（　保冷バック　・　保冷剤　・　その他　）

この包括外来で聞いてみたいこと、心配に思っていること

□血友病の治療や薬剤についての最新の情報

□学校や仕事のこと

□保因者のこと

□運動のこと

□将来のこと、老後のこと

その他　（　　）

包括外来では下記の部門をまわります。聞いてみたいことがあれば記入してください

□リハビリテーションセンター　（　　）

□歯科口腔外科　（　　）

□小児科・血友病センター　（　　）

□遺伝外来　（　　）

□薬剤部　（　　）

□検査部　（関節エコー）　（　　）

◎アンケートは以上になります。ありがとうございました。