

## ■家庭注射認定カード

このカードは家庭治療開始を認められた後、主治医に記入してもらいましょう。

〈表〉

家庭注射認定カード	
病院ID: _____	病院 _____ 科 _____
生年月日: _____	氏名: _____
住所: _____	TEL: _____
病名: _____	
注射施行者氏名(続柄) _____	

〈裏〉

◎本患者は、当科家庭注射プログラムに基づき家庭注射を行うことが許可されている。

連絡先

_____	病院 TEL _____
(平日昼間)	科外来(内線 _____)
(休日・夜間)	

病院ID _____	発行年月日 _____	許可医 _____
氏名 _____		
生年月日 _____		
住所 _____		
TEL番号 _____	注射施行者氏名(続柄) _____	
病名 _____		( _____ )
欠乏因子 _____	因子活性 _____ %	家庭注射認定カード発行控え

### 《主治医の先生へ》

家庭治療のトレーニングが完了し、家庭における注射を認められた患者さんのための認定カードです。必要事項を表・裏ともにご記入の上、実線に沿って切り抜き、二つ折りにして張り合わせ、パウチするなどして患者さんに渡してください。

点線の中もご記入いただき、カルテ等に保管してご利用ください。