

## ■患者カード

このカードは主治医に記入してもらいましょう。

〈表〉

患者カード	
病院	科
病院ID: _____	氏名: _____
生年月日: _____	TEL: _____
住所: _____	
病名: _____	
欠乏因子 _____ 因子活性 _____ % (必ず裏面の注意事項をご参照ください)	

〈裏〉

◎出血傾向を有する患者です。  
 ◎出血や頭部などを強打した際は凝固因子製剤の輸注などの治療が必要です。  
 ◎アスピリン、インドメタシン系薬剤は禁忌です。  
 ◎凝固因子製剤を投与しない状況下では筋肉内注射は原則としてお控えください。  
 ◎交通事故・意識消失など緊急の場合は至急下記にご連絡ください。

病院 TEL \_\_\_\_\_

(平日昼間) \_\_\_\_\_ 科外来(内線) \_\_\_\_\_ )

(休日・夜間) \_\_\_\_\_

〈表〉

Patient Card	
_____ Hospital _____	Department _____
Hospital ID: _____	Name: _____
Birthday: _____	TEL: _____
Address: _____	
Disease name: _____	
Deficiency Factor _____ FVIII (C) _____ %	

〈裏〉

**Attention :**  
**I have a disorder of Bleeding tendency**

◎I require coagulation factor concentrate before stitches, intramuscular injections or any invasive procedure.  
 ◎Where possible, please avoid giving me intramuscular injections.  
 ◎Please do not give me any medicine containing acetyl salicylic acid (aspirin) or indometacin.  
 ◎Could you get in contact with the closest hemophilia treatment center if I am unconscious.

病院ID _____	発行年月日 _____
氏名 _____	
生年月日 _____	
住所 _____	
TEL番号 _____	
病名 _____	
欠乏因子 _____	因子活性 _____ %
患者カード発行控え	

### 《主治医の先生へ》

必要項目を(表・裏とも)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。

点線の中も忘れずに記入の上、カルテに保管するなどご利用ください。