

*は必須項目です。

4 家族について

*4-1. 血友病の家族歴

- ¹ あり
⁰ なし>質問 4-3 回答不要
⁹⁹ 不明>質問 4-3 回答不要

4-2. 兄弟（男性）の人数と
その内の血友病患者の人数
>姉妹除く

人 ⁴⁻²⁻¹ 血友病患者 人

*4-3. 家族あるいは親戚の血友病患者のインヒビターの有無
(過去・現在問わず)

- ¹ あり
⁰ なし>質問 4-4 回答不要
⁹⁹ 不明>>質問 4-4 回答不要

4-4. 家族あるいは親戚の血友病患者のインヒビターのタイプ

High* (ハイレスポonder) ⇒5BU/mL以上のことがあった
Low** (ローレスポonder) ⇒常に5BU/mL未満

⁴⁻⁴ 本人との関係	⁴⁻⁴⁻¹ インヒビターのタイプ
	<input type="checkbox"/> ¹ High* <input type="checkbox"/> ⁰ Low** <input type="checkbox"/> ⁹⁹ 不明
	<input type="checkbox"/> ¹ High* <input type="checkbox"/> ⁰ Low** <input type="checkbox"/> ⁹⁹ 不明
	<input type="checkbox"/> ¹ High* <input type="checkbox"/> ⁰ Low** <input type="checkbox"/> ⁹⁹ 不明
	<input type="checkbox"/> ¹ High* <input type="checkbox"/> ⁰ Low** <input type="checkbox"/> ⁹⁹ 不明
	<input type="checkbox"/> ¹ High* <input type="checkbox"/> ⁰ Low** <input type="checkbox"/> ⁹⁹ 不明

4-5. 家族のアレルギー疾患の有無

¹ あり ⁰ なし ⁹⁹ 不明

4-5-1

- ¹ アナフィラキシー ()
² 喘息 ³ アトピー性皮膚炎 ⁴ アレルギー性鼻炎
⁵ 卵アレルギー ⁶ 牛乳アレルギー
⁷ 蕁麻疹 []
⁸⁸ その他 []

SITE ID :
SUBJECT ID :

研究事務局記入欄

J-HIS 2 新規血友病患者のデータベース構築によるコホート研究

新規血友病患者登録書（様式 1）

【血友病の診断時】

【報告書記入上のお願い】

1. 記入は、ペン又はボールペンを使用して下さい。
2. 記入方法：口には、チェック（）を記入して下さい。
記入不可能な項目には、未記入欄との判別のため、該当欄に斜線（/）を引いて下さい。
3. 訂正がある場合には、二重線（=）で訂正後、訂正印または署名し、新しい回答を記入して下さい。
4. 訂正箇所には、訂正 年 月 日を記入して下さい。

*は必須項目です。

インフォームド・コンセント

*病型

- ¹ 血友病 A
- ² 血友病 B
- ³ インヒビター保有血友病 A
- ⁴ インヒビター保有血友病 B

書面にて同意の取得はしましたか。

※研究参加には、書面での同意取得が必要です。

¹ 同意取得 →次頁へ

⁰ 同意拒否 →最終頁に署名を行い、報告書を郵送して下さい。研究該当症例数の把握に使用させていただきます。

*は必須項目です。

1 患者背景

*1-1. 患者イニシャル (姓・名)

*1-2. 性別

¹ 男 ⁰ 女

*1-3. 患者生年月

 年 月

*1-4. 血友病の診断年月

 年 月

*1-5. 診断の契機

¹ 家族歴 ² 出血 ⁹⁹ 不明 ⁸⁸ その他

*1-6. 凝固因子活性

注意)凝固因子製剤、輸血を行った場合は最低 5 日間の間隔をあけてください

第Ⅷ因子活性あるいは第Ⅸ因子活性

 % 【1-6-1測定日: 20 年 月】

1-6-2測定場所

¹ 自施設
外注ラボ: ² SRL ³ BML ⁴ MBC
⁸⁸ その他

1-7. 血液型

¹ A型 ² B型 ³ O型 ⁴ AB型
⁹⁹ 不明あるいは未検査

1-8. 人種

¹ 日本人 ⁰ その他

*1-9. 遺伝子変異

¹ 検査済 ⁰ 未検査 ⁹⁹ 不明

*は必須項目です。

4. 家族について

*4-1. 血友病の家族歴

- ¹ あり
⁰ なし>質問 4-3 回答不要
⁹⁹ 不明>質問 4-3 回答不要

4-2. 兄弟（男性）の人数と
 その内の血友病患者の人数
 >姉妹除く

人 ⁴⁻²⁻¹ 血友病患者 人

*4-3. 家族あるいは親戚の血友病患者のインヒビターの有無
 (過去・現在問わず)

- ¹ あり
⁰ なし>質問 4-4 回答不要
⁹⁹ 不明>>質問 4-4 回答不要

4-4. 家族あるいは親戚の血友病患者のインヒビターのタイプ

High* (ハイレスポonder) ⇒5BU/mL以上のことがあった
 Low** (ローレスポonder) ⇒常に5BU/mL未満

本人との関係	インヒビターのタイプ
	<input type="checkbox"/> ¹ High* <input type="checkbox"/> ⁰ Low** <input type="checkbox"/> ⁹⁹ 不明
	<input type="checkbox"/> ¹ High* <input type="checkbox"/> ⁰ Low** <input type="checkbox"/> ⁹⁹ 不明
	<input type="checkbox"/> ¹ High* <input type="checkbox"/> ⁰ Low** <input type="checkbox"/> ⁹⁹ 不明
	<input type="checkbox"/> ¹ High* <input type="checkbox"/> ⁰ Low** <input type="checkbox"/> ⁹⁹ 不明
	<input type="checkbox"/> ¹ High* <input type="checkbox"/> ⁰ Low** <input type="checkbox"/> ⁹⁹ 不明

4-5. 家族のアレルギー疾患の有無

- ¹ あり ⁰ なし ⁹⁹ 不明

4-5-1

- ¹ アナフィラキシー ()
² 喘息 ³ アトピー性皮膚炎 ⁴ アレルギー性鼻炎
⁵ 卵アレルギー ⁶ 牛乳アレルギー
⁷ 蕁麻疹 []
⁸⁸ その他 []

SITE ID :

研究事務局記入欄

J-HIS 2 新規血友病患者のデータベース構築によるコホート研究

追跡調査報告書（様式 2-1）

【25ED到達時又は診断から1年後】

SUBJECT ID :			
生年月	:	20	年 月
患者イニシャル:	(姓)		(名)

【報告書記入上のお願い】

1. 記入は、ペン又はボールペンを使用して下さい。
2. 記入方法：口には、チェック (✓) を記入して下さい。記入不可能な項目には、未記入欄との判別のため、該当欄に斜線 (/) を引いて下さい。
3. 訂正がある場合には、二重線 (=) で訂正後、訂正印または署名し、新しい回答を記入して下さい。
4. 訂正箇所には、訂正年月日を記入して下さい。

*は必須項目です。

* 報告書記入時点での患者の通院状況

※患者と連絡がとれない場合は、不明にチェックをして、記入できる内容のみご記入の上、提出して下さい。2年経過後も未受診の場合は中止となります。

※中止の場合は、中止にチェックを行い、提出をお願いします。

¹ 通院中

² 転院→研究ファイル中の転院届をご提出下さい。

⁹⁹ 不明→患者に連絡をとり研究の継続確認をお願いします。

³ 中止 最終来院日：20 年 月 日
(理由)

¹ 同意撤回による中止

² 最終来院日より2年経過したため

³ 医師の転勤退職などで、研究継続が不可能なため

⁸⁸ その他 []

* 報告書記入時点の直近の体重

__ __. __ Kg 【測定日20 年 月】

1. 治療状況 ※インヒビター発生・再発症例については、インヒビター未発生期間の状況を記入
※報告済みのインヒビター保有症例については、4頁1-9より回答

* 1-1. 報告期間中の止血治療の方法

※インヒビター新規発生・再発症例の場合は、未発生期間の方法を記入
※インヒビター保有症例は、記入不要

【定義】

1. 出血時治療・・・出血時のみ製剤を投与する
(予備的補充療法を含まない)
2. 予備的補充療法・・・激しい運動や遠足などの当日に出血予防を目的に凝固因子を予め単回投与すること
3. 定期補充療法・・・出血を未然に防ぎ、関節障害の発症予防あるいは進展を遅延させることを目的に凝固因子を定期的に投与すること(例えば、血友病Aでは週に3回、血友病Bでは週に2回など)

¹ 出血時治療

² 出血時治療 + 予備的補充療法

³ 定期補充療法

...開始日：20 年 月 日

...投与量： _____ 単位/回

...週平均： _____ 回

⁹⁹ まだ決定していない

* 1-2. 報告期間中に使用した治療薬
※複数選択可

※インヒビター新規発生・再発症例の場合は、未発生期間の治療薬を記入
※インヒビター保有症例は、記入不要

¹ クロスエイト M ² コンファクト F
³ アドベイト ⁴ リコネイト
⁵ コージネイト FS・コージネイト FS バイオセット

¹¹ ノバクト M ¹² クリスマシン M
¹³ PPSB

⁸⁸ その他 [] ⁹⁹ 不明

* 1-3. 報告期間の凝固因子製剤の投与の有無

※インヒビター新規発生・再発症例の場合は、未発生期間の投与の有無を記入
※インヒビター保有症例は、記入不要

¹ あり

⁰ なし →4頁の質問1-8より回答

* 1-4. 製剤の初回投与時点の体重

__ __. __ Kg 【測定日20 年 月】

*は必須項目です。

1-5. 投与記録

※ 投与記録表等のコピー添付可・施設ID・氏名削除のこと

※ 初回投与のみ、必ず明確に把握できるようにして下さい

※ 記録表未記載投与については、直接ご記入下さい。

※次頁、投与合計の記入でも可

※ インヒビター新規発生・再発症例の場合は、**未発生期間**の投与記録を記入

※ インヒビター保有症例は、記入不要

のりしろ

	1-5 投与日	1-5-3 投与目的	1-5-1 製剤名	1-5-2 投与量
初回	20 年 月 日	<input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 予備的補充 <input type="checkbox"/> 定期補充		
2	20 年 月 日	<input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 予備的補充 <input type="checkbox"/> 定期補充		
3	20 年 月 日	<input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 予備的補充 <input type="checkbox"/> 定期補充		
4	20 年 月 日	<input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 予備的補充 <input type="checkbox"/> 定期補充		
5	20 年 月 日	<input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 予備的補充 <input type="checkbox"/> 定期補充		
6	20 年 月 日	<input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 予備的補充 <input type="checkbox"/> 定期補充		
7	20 年 月 日	<input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 予備的補充 <input type="checkbox"/> 定期補充		
8	20 年 月 日	<input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 予備的補充 <input type="checkbox"/> 定期補充		
9	20 年 月 日	<input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 予備的補充 <input type="checkbox"/> 定期補充		
10	20 年 月 日	<input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 予備的補充 <input type="checkbox"/> 定期補充		
11	20 年 月 日	<input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 予備的補充 <input type="checkbox"/> 定期補充		
12	20 年 月 日	<input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 予備的補充 <input type="checkbox"/> 定期補充		
13	20 年 月 日	<input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 予備的補充 <input type="checkbox"/> 定期補充		
14	20 年 月 日	<input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 予備的補充 <input type="checkbox"/> 定期補充		
15	20 年 月 日	<input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 予備的補充 <input type="checkbox"/> 定期補充		
16	20 年 月 日	<input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 予備的補充 <input type="checkbox"/> 定期補充		
17	20 年 月 日	<input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 予備的補充 <input type="checkbox"/> 定期補充		
18	20 年 月 日	<input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 予備的補充 <input type="checkbox"/> 定期補充		
19	20 年 月 日	<input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 予備的補充 <input type="checkbox"/> 定期補充		
20	20 年 月 日	<input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 予備的補充 <input type="checkbox"/> 定期補充		
21	20 年 月 日	<input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 予備的補充 <input type="checkbox"/> 定期補充		
22	20 年 月 日	<input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 予備的補充 <input type="checkbox"/> 定期補充		
23	20 年 月 日	<input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 予備的補充 <input type="checkbox"/> 定期補充		
24	20 年 月 日	<input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 予備的補充 <input type="checkbox"/> 定期補充		
25	20 年 月 日	<input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 予備的補充 <input type="checkbox"/> 定期補充		

* は必須項目です。

※投与記録記載・添付の場合、記載不要

※インヒビター新規発生・再発症例の場合は、~~未発生~~未発生期間の使用製剤を記入

※インヒビター保有症例は、記入不要

1-6. 報告期間の使用凝固因子製剤について

* 製剤の使用について、以下 1-8・9・10 と設問あり

1-6 製剤名	
総合計	
1-6-1 実投与日数	日
1-6-2 総投与量	単位
出血時	
1-6-3 実投与日数	日
1-6-4 総投与量	単位
予防目的の定期補充療法又は予備的補充	
1-6-5 実投与日数	日
1-6-6 総投与量	単位

1-6 製剤名	
総合計	
1-6-1 実投与日数	日
1-6-2 総投与量	単位
出血時	
1-6-3 実投与日数	日
1-6-4 総投与量	単位
予防目的の定期補充療法又は予備的補充	
1-6-5 実投与日数	日
1-6-6 総投与量	単位

1-6 製剤名	
総合計	
1-6-1 実投与日数	日
1-6-2 総投与量	単位
出血時	
1-6-3 実投与日数	日
1-6-4 総投与量	単位
予防目的の定期補充療法又は予備的補充	
1-6-5 実投与日数	日
1-6-6 総投与量	単位

1-7. 25ED (50・75ED) 到達日

20 年 月 日

*は必須項目です。

*1-8. 投与記録・問1-6の回答の内、
入院治療を必要とした出血に対する凝固因子製剤の投与は？

※インヒビター新規発生・再発症例の場合は、未発生期間の出血について記入
※インヒビター保有症例は、記入不要

1-8 製剤名

1-8-1 実投与日数

 日

1-8-2 総投与量

 単位

1-8-3 入院治療を必要とした
具体的な出血の種類・部位

①
②
③

※ここより全症例回答

*1-9. 報告書提出期間中の手術あるいは
観血的処置の有無

¹ あり ⁰ なし >質問1-10回答不要

*1-10. 手術あるいは観血的処置について

1-10 発生日

20 年 月 日

1-10-1 詳細

1-10-2 実投与日数

日

1-10-3 発生日

20 年 月 日

1-10-4 詳細

1-10-5 実投与日数

1-11. 在宅自己注射の有無

¹ あり → 【.....開始日：20 年 月】

※新規開始時のみ開始日記入

⁰ なし

*は必須項目です。

*2-4. 報告期間のワクチン接種

¹ あり ⁰ なし ⁹⁹ 不明

(詳細)

※詳細について、母子手帳等のコピー添付可
 ※患者名・施設ID削除のこと
 ※既報告事項は記入不要

疾患名	接種日
2-4-1 <input type="checkbox"/> ¹ ポリオ 1 回目	20 年 月 日
2-4-1 <input type="checkbox"/> ¹ ポリオ 2 回目	20 年 月 日
2-4-2 <input type="checkbox"/> ¹ BCG	20 年 月 日
2-4-3 <input type="checkbox"/> ¹ DPT 第 1 期 1 回	20 年 月 日
2-4-3 <input type="checkbox"/> ¹ DPT 第 1 期 2 回	20 年 月 日
2-4-3 <input type="checkbox"/> ¹ DPT 第 1 期 3 回	20 年 月 日
2-4-3 <input type="checkbox"/> ¹ DPT 第 1 期 追加	20 年 月 日
2-4-3 <input type="checkbox"/> ¹ DPT 第 2 期	20 年 月 日
2-4-4 <input type="checkbox"/> ¹ MR 第 1 期	20 年 月 日
2-4-4 <input type="checkbox"/> ¹ MR 第 2 期	20 年 月 日
2-4-5 <input type="checkbox"/> ¹ ムンプス	20 年 月 日
2-4-6 <input type="checkbox"/> ¹ 水痘	20 年 月 日
2-4-7 <input type="checkbox"/> ¹ インフルエンザ	20 年 月 日
2-4-7 <input type="checkbox"/> ¹ インフルエンザ	20 年 月 日
2-4-8 <input type="checkbox"/> ¹ HBV1 回目	20 年 月 日
2-4-8 <input type="checkbox"/> ¹ HBV2 回目	20 年 月 日
2-4-8 <input type="checkbox"/> ¹ HBV3 回目	20 年 月 日
2-4-9 その他【 】	20 年 月 日
2-4-9 その他【 】	20 年 月 日
2-4-9 その他【 】	20 年 月 日
2-4-9 その他【 】	20 年 月 日
2-4-9 その他【 】	20 年 月 日
2-4-9 その他【 】	20 年 月 日

※インフルエンザの予防接種等、枠を超える接種がある場合は、その他へご記入下さい。

*は必須項目です。

3. カテーテルについて

*3-1. 報告期間内にカテーテルは留置してありましたか。

¹ はい
※新規挿入の場合のみ以下記入

3-1-1 挿入日：20 年 月 日

3-1-2 種類：
¹ 完全皮下埋め込み式 Port (Port-cath 等)
² 非埋め込み型 Catheter (BroviacCatheter 等)
⁸⁸ その他[]

3-1-3 挿入理由：
¹ 保護者が家庭治療希望のため
² 末梢血管の確保が難しいため
³ 定期補充療法のため
⁴ ITI 治療のため
⁸⁸ その他[]

⁰ いいえ

*3-2. 報告期間内にカテーテルの取り出しはありましたか。

¹ はい

3-2-1 取り出し日：20 年 月 日

3-2-2 取り出し理由：
¹ ラインでの感染
² ポケットでの感染
³ 自然事故抜去
⁴ カテーテルでの血栓症のため
⁵ 静脈内での血栓症のため
⁶ 出血/血腫
⁷ ITI の終了
⁸ 患者・保護者からの希望
⁸⁸ その他[]

3-2-3 再挿入：¹ あり ⁰ なし ⁹⁹ 不明

⁰ いいえ→質問 3-3 回答不要・次頁へ

*3-3. 報告期間内に、カテーテル取り出し後、再挿入を実施した場合のみ記入

3-1-1 挿入日：20 年 月 日

3-1-2 種類：
¹ 完全皮下埋め込み式 Port (Port-cath 等)
² 非埋め込み型 Catheter (BroviacCatheter 等)
⁸⁸ その他[]

3-1-4 再取り出し：¹ あり ⁰ なし ⁹⁹ 不明

↓

3-2-1 取り出し日：20 年 月 日

3-2-2 取り出し理由：_____ ※質問 3-2 の回答より番号記入

3-2-3 再挿入：¹ あり ⁰ なし ⁹⁹ 不明

↓

3-1-1 挿入日：20 年 月 日

3-1-2 種類：
¹ 完全皮下埋め込み式 Port (Port-cath 等)
² 非埋め込み型 Catheter (BroviacCatheter 等)
⁸⁸ その他[]

3-1-4 再取り出し：¹ あり ⁰ なし ⁹⁹ 不明

*は必須項目です。

4. インヒビターの発生について	
*4-1. 3ヶ月に1回はインヒビター値の測定を実施していますか？	<input type="checkbox"/> ¹ はい <input type="checkbox"/> ⁰ いいえ →インヒビター発生確認のため、3ヶ月に1回定期検査の実施をお願いします。
*4-2. 報告期間中にインヒビターの新規発現・消失・再発はありましたか？	<input type="checkbox"/> ⁰ ない <input type="checkbox"/> ₄₋₂₋₁ インヒビター 発生 →<様式3>のご記入もお願いします。 <input type="checkbox"/> ₄₋₂₋₂ インヒビター 消失 →<様式3>のご記入もお願いします。 <input type="checkbox"/> ₄₋₂₋₃ インヒビター 再発 →<様式3>のご記入もお願いします
4-3. 貴施設でのインヒビター陽性基準	
4-4. インヒビター測定場所	<input type="checkbox"/> ¹ 自施設 外注ラボ: <input type="checkbox"/> ² SRL <input type="checkbox"/> ³ BML <input type="checkbox"/> ⁴ MBC <input type="checkbox"/> ⁸⁸ その他[]
4-5. インヒビター測定方法	<input type="checkbox"/> ¹ Bethesda 法 <input type="checkbox"/> ² Nijmegen 変法 <input type="checkbox"/> ⁹⁹ 不明 <input type="checkbox"/> ⁸⁸ その他[]
4-6. 報告期間中のELISA法等の免疫学的な方法での測定の実施	<input type="checkbox"/> ⁰ 未実施 <input type="checkbox"/> ¹ 実施 → <input type="checkbox"/> ¹ ELISA 法 <input type="checkbox"/> ² フローサイトメトリー法 <input type="checkbox"/> ⁸⁸ その他[]

ご協力ありがとうございます。

再度、記載内容をご確認頂き、訂正箇所には訂正印、訂正日をご記入の上、下記にご署名下さいますよう宜しくお願い致します。

*5-1. 施設名	
*5-2. 最終確認日	20 年 月 日
*5-3. 担当医師署名	

注意！）インヒビター新規発患者・インヒビター患者の場合は次頁もご記入下さい。

*は必須項目です。

インヒビター症例報告書（様式3）

※インヒビター新規発生の場合のみ記入

6. インヒビターの新規発生について	
*6-1. インヒビター診断時 ※インヒビター新規発生患者の場合のみ記入	BU/mL【 ₆₋₁₋₁ 測定日20 年 月 日】
*6-2. インヒビター発生直前の治療薬	<input type="checkbox"/> ¹ クロスエイトM <input type="checkbox"/> ² コンファクトF
	<input type="checkbox"/> ³ アドベイト <input type="checkbox"/> ⁴ リコネイト
	<input type="checkbox"/> ⁵ コージネイトFS・コージネイトFS バイオセット
	<input type="checkbox"/> ¹¹ ノバクトM <input type="checkbox"/> ¹² クリスマシンM
	<input type="checkbox"/> ¹³ PPSB

※インヒビター再発の場合のみ記入

7. インヒビターの再発について	
*7-1. 再発確認時 ※インヒビター再発患者の場合のみ記入	BU/mL【 ₇₋₁₋₁ 測定日20 年 月 日】
*7-2. インヒビター再発直前の治療薬	<input type="checkbox"/> ¹ クロスエイトM <input type="checkbox"/> ² コンファクトF
	<input type="checkbox"/> ³ アドベイト <input type="checkbox"/> ⁴ リコネイト
	<input type="checkbox"/> ⁵ コージネイトFS・コージネイトFS バイオセット
	<input type="checkbox"/> ¹¹ ノバクトM <input type="checkbox"/> ¹² クリスマシンM
	<input type="checkbox"/> ¹³ PPSB

※全てのインヒビター保有患者が記入

8. インヒビターについて			
8-1. 報告期間内のインヒビター値・回収率			
二重線内必須 ※新しい記録から順番にご記入下さい ※直近値は必ずご記入下さい	₈₋₁ 測定日	₈₋₁₋₁ インヒビター値	₈₋₁₋₂ 回収率
	*直近値記入	BU/mL	%
	20 年 月 日	. BU/mL	. %
	20 年 月 日	. BU/mL	. %
	20 年 月 日	. BU/mL	. %
	20 年 月 日	. BU/mL	. %
	20 年 月 日	. BU/mL	. %
	20 年 月 日	. BU/mL	. %
	20 年 月 日	. BU/mL	. %
	20 年 月 日	. BU/mL	. %
	20 年 月 日	. BU/mL	. %
	20 年 月 日	. BU/mL	. %
	20 年 月 日	. BU/mL	. %

*は必須項目です。

*8-2. 記入時点でのインヒビター最高値

※再発症例の場合は、再発後の期間で記入

BU/mL【₈₋₂₋₁測定日 20 年 月 日】

*8-3. 報告期間中の治療方法

※複数選択可

※インヒビター発生後・再発後について記入

- ¹ 出血時治療
- ² バイパス製剤による定期投与
- ³ ITI(免疫寛容療法)
- ⁸⁸ その他[]

*8-4. 報告期間中の出血時の治療薬

※複数選択可

※インヒビター発生後・再発後について記入

- ¹ クロスエイト M ² コンファクト F
- ³ アドベイト ⁴ リコネイト
- ⁵ コージネイト FS・コージネイト FS バイオセット
-
- ¹¹ ノバクト M ¹² クリスマシン M
- ¹³ PPSB
-
- ²¹ ノボセブン ²² ファイバ
-
- ⁸⁸ その他[] ⁹⁹ 不明

*8-5. バイパス製剤による
定期投与実施の場合の使用製剤

【方法】

₈₋₅₋₁ 投与量：_____ 単位・mg/回 ₈₋₅₋₂ 週平均：_____ 回

【状況】

- ¹ 新規開始 → ₈₋₅₋₄ 開始日：20 年 月
- ² 継続中
- ³ 終了 → ₈₋₅₋₅ 終了日：20 年 月

【使用製剤】

- ²¹ ノボセブン ²² ファイバ
- ⁸⁸ その他 []

*8-6. ITI 実施の場合の使用製剤

【方法】

₈₋₆₋₁ 投与量：_____ 単位/kg ₈₋₆₋₂ 週平均：_____ 回

【状況】

- ¹ 新規開始 → ₈₋₆₋₄ 開始日：20 年 月
- ² 継続中
- ³ 終了 → ₈₋₆₋₅ 終了日：20 年 月

【使用製剤】

- ¹ クロスエイト M ² コンファクト F
- ³ アドベイト ⁴ リコネイト
- ⁵ コージネイト FS・コージネイト FS バイオセット
-
- ¹¹ ノバクト M ¹² クリスマシン M
- ¹³ PPSB