

通院医療機関・診療科

1

	病院・	科
担当医		
連絡先（平日昼間）		
連絡先（休日・夜間）		

2

	病院・	科
担当医		
連絡先（平日昼間）		
連絡先（休日・夜間）		

わたしは

出血性疾患を

もっています

出血の治療や手術時には 凝固因子製剤の投与が必要 です
至急 裏面の医療機関に連絡してください

氏名：

生年月日： 西暦 年 月 日

住所：

緊急連絡先：

診断名

因子活性： % インヒビター 有 ・ 無

出血の治療に使用している製剤：

投与量： 単位：mg

■ 上記製剤がない場合は、他の 因子製剤でも

出血傾向の抑制が期待できます。

■ 出血の場合は 単位：mg をできるだけ早急に

投与して下さい。

自由記載欄

この印刷物は、令和5年度厚生労働科学研究費補助金（エイズ対策政策研究事業）を受け作成いたしました。

HIV 感染血友病患者の救急対応の課題解決のための研究（研究代表者 日笠 聡）