

Infusion Record

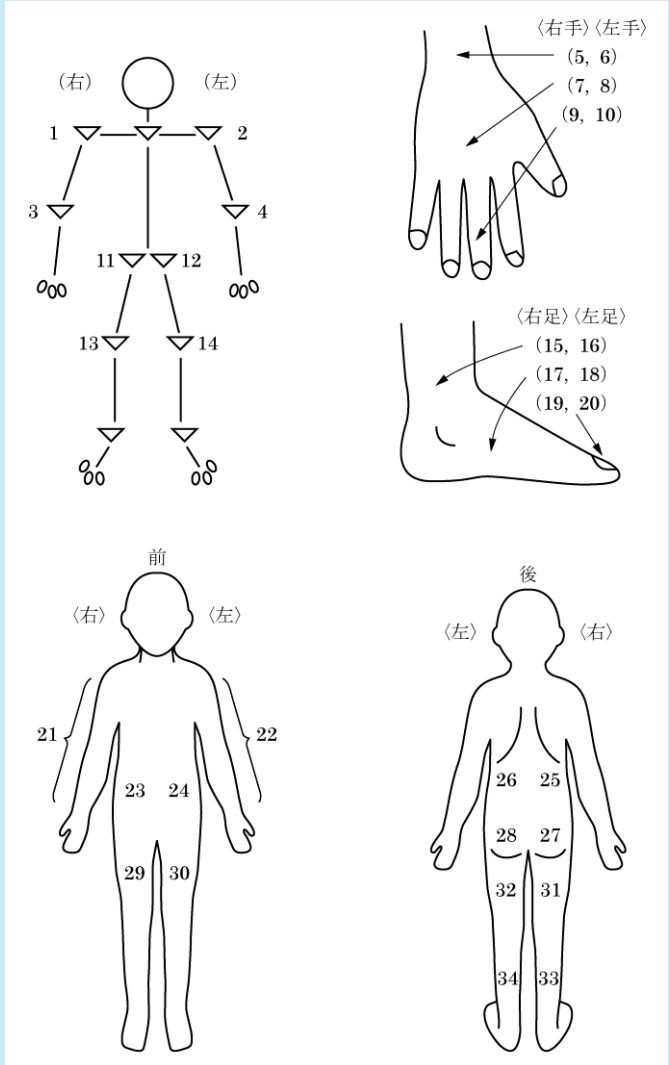
投与記録ノート

1. 投与記録は、きちんとつけましょう。
2. わからない点や気になる点は、主治医の先生に相談しましょう。

医療機関名

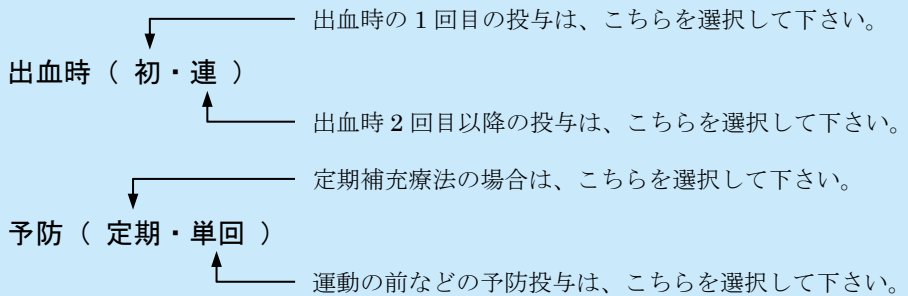
出血部位

出血部位	(右)	(左)
関節内出血		
肩	1	2
肘	3	4
手首	5	6
手の平	7	8
指	9	10
股関節	11	12
ひざ	13	14
足首	15	16
足底部	17	18
足の指	19	20
筋肉出血		
上腕・前腕部	21	22
腸腰筋	23	24
後腹膜	25	26
臀部	27	28
大腿前面	29	30
大腿後面	31	32
下腿	33	34
その他の出血		
鼻出血		35
血尿		36
口腔内の出血		37
頭蓋内の出血		38
血友病性偽腫瘍		39
消化管出血		40
皮下出血		41
外傷（けが）		42
その他（抜歯や手術なども含む）		43



投与記録記入方法について

投与目的



投与実施者

- 1 本人
- 2 家族
- 3 病院
- 4 その他

記入の方法は、次のいずれかです。
番号あるいは、投与された方を記入して下さい。

例：父

投与記録

20____年____月

ID No : _____

VIII、IX、Inh、VWD、その他 ()

氏名 : _____

年齢 : _____

体重 : _____ kg

製剤名 : _____

日 時	出血部位	症状開始 より初回 投与まで の 時間	投与目的 出血時(初・連) 予防(定期・単回)	投与製剤		投与実施者 (1 本人 2 家族 3 病院 4 その他)	効 果 (1 有 効 2 やや有効 3 無 効)	特記事項 (副作用・併用薬等)
				投与量	ロット番号 (剤 型)			
月 日 時		時間	(初 ・ 連) (定期 ・ 単回)				1 ・ 2 ・ 3	
月 日 時		時間	(初 ・ 連) (定期 ・ 単回)				1 ・ 2 ・ 3	
月 日 時		時間	(初 ・ 連) (定期 ・ 単回)				1 ・ 2 ・ 3	
月 日 時		時間	(初 ・ 連) (定期 ・ 単回)				1 ・ 2 ・ 3	
月 日 時		時間	(初 ・ 連) (定期 ・ 単回)				1 ・ 2 ・ 3	
月 日 時		時間	(初 ・ 連) (定期 ・ 単回)				1 ・ 2 ・ 3	
月 日 時		時間	(初 ・ 連) (定期 ・ 単回)				1 ・ 2 ・ 3	
月 日 時		時間	(初 ・ 連) (定期 ・ 単回)				1 ・ 2 ・ 3	
月 日 時		時間	(初 ・ 連) (定期 ・ 単回)				1 ・ 2 ・ 3	
月 日 時		時間	(初 ・ 連) (定期 ・ 単回)				1 ・ 2 ・ 3	
月 日 時		時間	(初 ・ 連) (定期 ・ 単回)				1 ・ 2 ・ 3	
月 日 時		時間	(初 ・ 連) (定期 ・ 単回)				1 ・ 2 ・ 3	
月 日 時		時間	(初 ・ 連) (定期 ・ 単回)				1 ・ 2 ・ 3	
月 日 時		時間	(初 ・ 連) (定期 ・ 単回)				1 ・ 2 ・ 3	
月 日 時		時間	(初 ・ 連) (定期 ・ 単回)				1 ・ 2 ・ 3	
月 日 時		時間	(初 ・ 連) (定期 ・ 単回)				1 ・ 2 ・ 3	
月 日 時		時間	(初 ・ 連) (定期 ・ 単回)				1 ・ 2 ・ 3	

合 計	250 単位 _____ 本 1300 単位 _____ 本	500 単位 _____ 本	1000 単位 _____ 本	1500 単位 _____ 本	2000 単位 _____ 本	3000 単位 _____ 本
-----	-----------------------------------	----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------

連絡事項 : 出血による欠席・欠勤日数 _____ 日

その他わからない点、気のついたこと、希望等 _____

持ち帰り本数 製剤 _____ 単位 _____ 本 残り本数※ _____ 本 ※このページの最終
(月 日) 製剤 _____ 単位 _____ 本 残り本数※ _____ 本 投与後に残り本数を記録する

指導内容 : _____

指導医またはナースコーディネーターのサイン : _____ 20 ____ 年 ____ 月 ____ 日

投与記録

20____年____月

ID No : _____

VIII、IX、Inh、VWD、その他 ()

氏名 : _____

年齢 : _____

体重 : _____ kg

製剤名 : _____

日 時	出血部位	症状開始 より初回 投与まで の 時間	投与目的 出血時(初・連) 予防(定期・単回)	投与製剤		投与実施者 (1 本人 2 家族 3 病院 4 その他)	効 果 (1 有 効 2 やや有効 3 無 効)	特記事項 (副作用・併用薬等)
				投与量	ロット番号 (剤 型)			
月 日 時		時間	(初・連) (定期・単回)				1・2・3	
月 日 時		時間	(初・連) (定期・単回)				1・2・3	
月 日 時		時間	(初・連) (定期・単回)				1・2・3	
月 日 時		時間	(初・連) (定期・単回)				1・2・3	
月 日 時		時間	(初・連) (定期・単回)				1・2・3	
月 日 時		時間	(初・連) (定期・単回)				1・2・3	
月 日 時		時間	(初・連) (定期・単回)				1・2・3	
月 日 時		時間	(初・連) (定期・単回)				1・2・3	
月 日 時		時間	(初・連) (定期・単回)				1・2・3	
月 日 時		時間	(初・連) (定期・単回)				1・2・3	
月 日 時		時間	(初・連) (定期・単回)				1・2・3	
月 日 時		時間	(初・連) (定期・単回)				1・2・3	
月 日 時		時間	(初・連) (定期・単回)				1・2・3	
月 日 時		時間	(初・連) (定期・単回)				1・2・3	
月 日 時		時間	(初・連) (定期・単回)				1・2・3	

合 計	250 単位____本 500 単位____本 1000 単位____本 1500 単位____本 2000 単位____本 3000 単位____本 1300 単位____本
-----	---

連絡事項 : 出血による欠席・欠勤日数_____日

その他わからない点、気のついたこと、希望等_____

持ち帰り本数 製剤_____ 単位_____本 残り本数※_____本 ※このページの最終
(月 日) 製剤_____ 単位_____本 残り本数※_____本 投与後に残り本数
を記録する

指導内容 : _____

指導医またはナースコーディネーターのサイン : _____20 ____年 ____月 ____日



武田薬品工業株式会社