



Support
Fact
Sheet

2013

連絡先

血友病	病 院
	担当医
	担当 Ns
	TEL
肝 炎	病 院
	担当医
	担当 Ns
	TEL
H I V 感 染 症	病 院
	担当医
	担当 Ns
	TEL
リハビリテーション科	病 院
	担当医
	担当 Ns
	TEL
整形外科	病 院
	担当医
	担当 Ns
	TEL
歯 科	病 院
	担当医
	担当 Ns
	TEL

☆自分で記入しておきましょう

装 具 ・ 補 助 具	事業所名
	担当者
	職 種
	TEL
訪 問 看 護	事業所名
	担当者
	職 種
	TEL
訪 問 介 護	事業所名
	担当者
	職 種
	TEL
そ の 他	施設名
	担当者
	職 種
	TEL
そ の 他	施設名
	担当者
	職 種
	TEL
そ の 他	施設名
	担当者
	職 種
	TEL

医療・ケア方針シート

基本データ (記入日 年 月 日)	
H I V 感 染 症	治療 <input type="checkbox"/> 内服： (<input type="checkbox"/> 未治療) <input type="checkbox"/> 薬剤変更： ----- 日和見感染症予防・治療 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：
	分類 <input type="checkbox"/> C型 (genotype:) <input type="checkbox"/> B型 (genotype:) <input type="checkbox"/> その他： ----- 重症度 <input type="checkbox"/> 慢性肝炎 <input type="checkbox"/> 肝硬変 <input type="checkbox"/> 食道静脈瘤 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 腹水
肝 炎	治療 <input type="checkbox"/> 内服： (<input type="checkbox"/> 未治療) <input type="checkbox"/> IFN： (IFN 終了日： 年 月 日 → <input type="checkbox"/> SVR) <input type="checkbox"/> その他： ----- 最終検査時期と次回予定 腹部エコー 年 月 → 年 月 腹部 CT 年 月 → 年 月 上部内視鏡 年 月 → 年 月 () 年 月 → 年 月 () 年 月 → 年 月
	分類 <input type="checkbox"/> 血友病 A <input type="checkbox"/> 血友病 B <input type="checkbox"/> その他： ----- 凝固因子活性 <input type="checkbox"/> 重症 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 軽症 インヒビター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ----- 血液凝固因子製剤名： 定期補充療法 <input type="checkbox"/> 輸注回数： 回/日・週・月 <input type="checkbox"/> 輸注量： 単位/1回 ----- 出血時補充療法 <input type="checkbox"/> 輸注回数： 回/日・週・月 <input type="checkbox"/> 輸注量： 単位/1回
血 液 凝 固 因 子 異 常 症	診断名 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	治療 <input type="checkbox"/> 内服： (<input type="checkbox"/> 未治療) <input type="checkbox"/> その他： ----- 最終検査時期と次回予定 <input type="checkbox"/> 年 月 → 年 月

☆ 治療の変更内容・次回検査予定など記入しておきましょう。

経過		
月日	内容	ケア
/ /	<input type="checkbox"/> 変化なし	
<input type="checkbox"/> 変更点		
/ /	<input type="checkbox"/> 変化なし	
<input type="checkbox"/> 変更点		
/ /	<input type="checkbox"/> 変化なし	
<input type="checkbox"/> 変更点		
/ /	<input type="checkbox"/> 変化なし	
<input type="checkbox"/> 変更点		
/ /	<input type="checkbox"/> 変化なし	
<input type="checkbox"/> 変更点		
/ /	<input type="checkbox"/> 変化なし	
<input type="checkbox"/> 変更点		
/ /	<input type="checkbox"/> 変化なし	
<input type="checkbox"/> 変更点		

医療・ケア方針シート

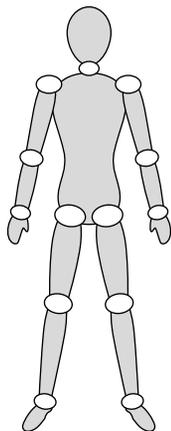
経過		
月日	内容	ケア
／／	<input type="checkbox"/> 変化なし	
<input type="checkbox"/> 変更点		
／／	<input type="checkbox"/> 変化なし	
<input type="checkbox"/> 変更点		
／／	<input type="checkbox"/> 変化なし	
<input type="checkbox"/> 変更点		
／／	<input type="checkbox"/> 変化なし	
<input type="checkbox"/> 変更点		
／／	<input type="checkbox"/> 変化なし	
<input type="checkbox"/> 変更点		
／／	<input type="checkbox"/> 変化なし	
<input type="checkbox"/> 変更点		
／／	<input type="checkbox"/> 変化なし	
<input type="checkbox"/> 変更点		

経過		
月日	内容	ケア
／／	<input type="checkbox"/> 変化なし	
<input type="checkbox"/> 変更点		
／／	<input type="checkbox"/> 変化なし	
<input type="checkbox"/> 変更点		
／／	<input type="checkbox"/> 変化なし	
<input type="checkbox"/> 変更点		
／／	<input type="checkbox"/> 変化なし	
<input type="checkbox"/> 変更点		
／／	<input type="checkbox"/> 変化なし	
<input type="checkbox"/> 変更点		
／／	<input type="checkbox"/> 変化なし	
<input type="checkbox"/> 変更点		
／／	<input type="checkbox"/> 変化なし	
<input type="checkbox"/> 変更点		

出血部位と輸注量

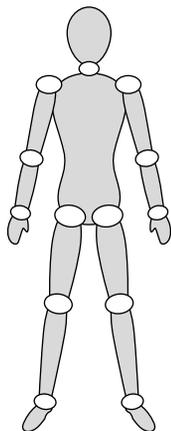
☆関節や筋肉などの出血部位と、それを説明する●を点線で結びましょう。

平成 年 月 日 ()
確認



●部位：
輸注： 回/日・週・月
 痛み 腫れ

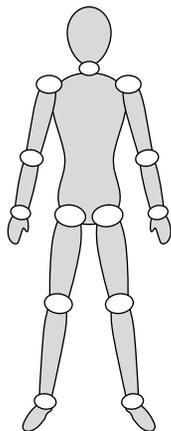
平成 年 月 日 ()
確認



●部位：
輸注： 回/日・週・月
 痛み 腫れ

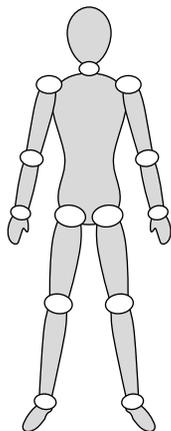
☆変化や経過を診察の時に伝えられるようにしましょう。

平成 年 月 日 ()
確認



●部位：
輸注： 回/日・週・月
 痛み 腫れ

平成 年 月 日 ()
確認

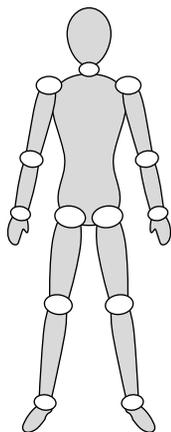


●部位：
輸注： 回/日・週・月
 痛み 腫れ

出血部位と輸注量

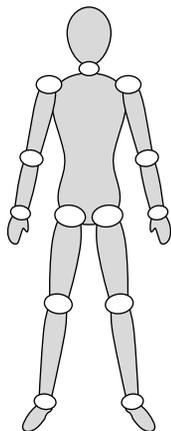
☆関節や筋肉などの出血部位と、それを説明する●を点線で結びましょう。

平成 年 月 日 ()
確認



●部位：
輸注： 回/日・週・月
 痛み 腫れ

平成 年 月 日 ()
確認

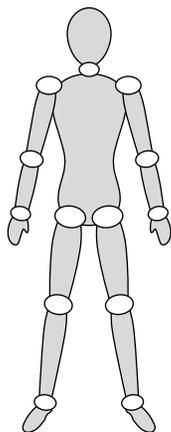


●部位：
輸注： 回/日・週・月
 痛み 腫れ

出血部位と輸注量

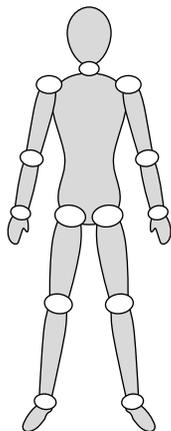
☆関節や筋肉などの出血部位と、それを説明する●を点線で結びましょう。

平成 年 月 日 ()
確認



●部位：
輸注： 回/日・週・月
 痛み 腫れ

平成 年 月 日 ()
確認

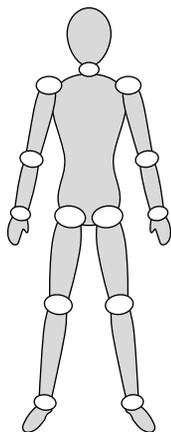


●部位：
輸注： 回/日・週・月
 痛み 腫れ

出血部位と輸注量

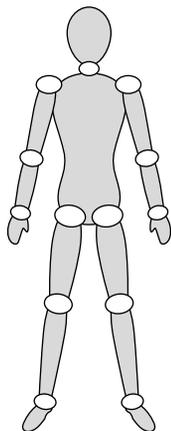
☆関節や筋肉などの出血部位と、それを説明する●を点線で結びましょう。

平成 年 月 日 ()
確認



●部位：
輸注： 回/日・週・月
 痛み 腫れ

平成 年 月 日 ()
確認

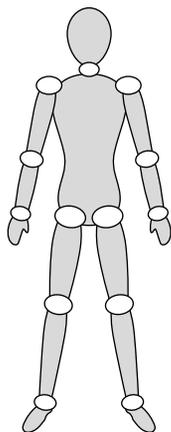


●部位：
輸注： 回/日・週・月
 痛み 腫れ

出血部位と輸注量

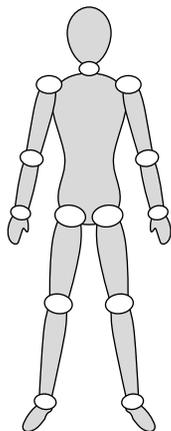
☆関節や筋肉などの出血部位と、それを説明する●を点線で結びましょう。

平成 年 月 日 ()
確認



●部位：
輸注： 回/日・週・月
 痛み 腫れ

平成 年 月 日 ()
確認

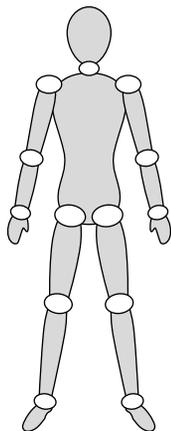


●部位：
輸注： 回/日・週・月
 痛み 腫れ

出血部位と輸注量

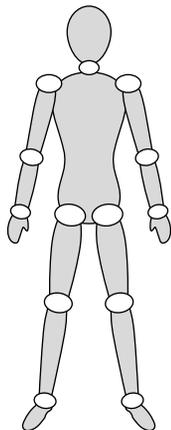
☆関節や筋肉などの出血部位と、それを説明する●を点線で結びましょう。

平成 年 月 日 ()
確認



●部位：
輸注： 回/日・週・月
 痛み 腫れ

平成 年 月 日 ()
確認

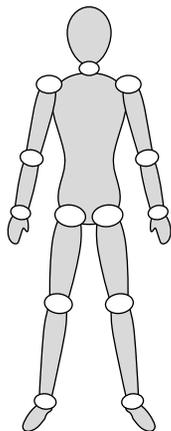


●部位：
輸注： 回/日・週・月
 痛み 腫れ

出血部位と輸注量

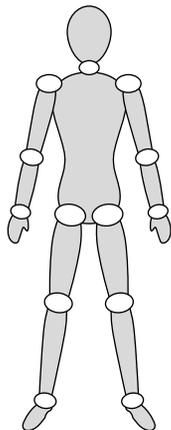
☆関節や筋肉などの出血部位と、それを説明する●を点線で結びましょう。

平成 年 月 日 ()
確認



●部位：
輸注： 回/日・週・月
 痛み 腫れ

平成 年 月 日 ()
確認

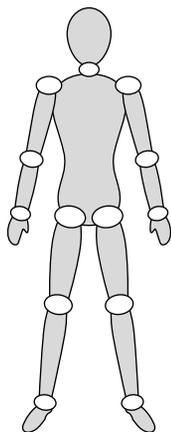


●部位：
輸注： 回/日・週・月
 痛み 腫れ

出血部位と輸注量

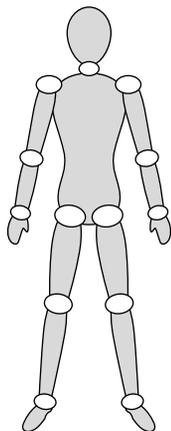
☆関節や筋肉などの出血部位と、それを説明する●を点線で結びましょう。

平成 年 月 日 ()
確認



●部位：
輸注： 回/日・週・月
 痛み 腫れ

平成 年 月 日 ()
確認

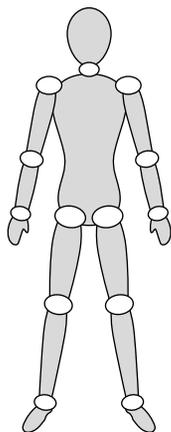


●部位：
輸注： 回/日・週・月
 痛み 腫れ

出血部位と輸注量

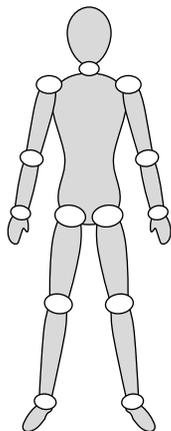
☆関節や筋肉などの出血部位と、それを説明する●を点線で結びましょう。

平成 年 月 日 ()
確認



●部位：
輸注： 回/日・週・月
 痛み 腫れ

平成 年 月 日 ()
確認

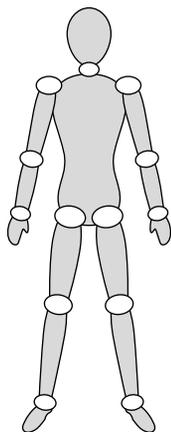


●部位：
輸注： 回/日・週・月
 痛み 腫れ

出血部位と輸注量

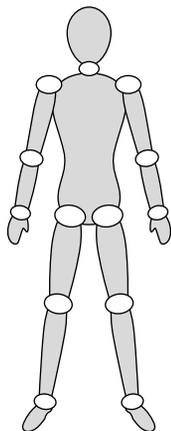
☆関節や筋肉などの出血部位と、それを説明する●を点線で結びましょう。

平成 年 月 日 ()
確認



●部位：
輸注： 回/日・週・月
 痛み 腫れ

平成 年 月 日 ()
確認

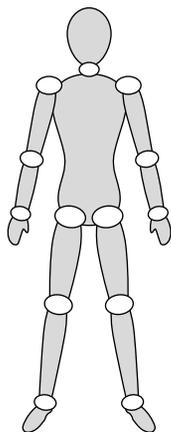


●部位：
輸注： 回/日・週・月
 痛み 腫れ

出血部位と輸注量

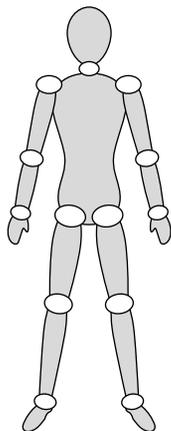
☆関節や筋肉などの出血部位と、それを説明する●を点線で結びましょう。

平成 年 月 日 ()
確認



●部位：
輸注： 回/日・週・月
 痛み 腫れ

平成 年 月 日 ()
確認



●部位：
輸注： 回/日・週・月
 痛み 腫れ

平成24年度厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業
「血液凝固因子製剤によるHIV感染被害者の長期療養体制の整備に関する患者参加型究」班

研究代表者：木村 哲

「HIV感染血友病等患者の医療福祉と精神的ケアにおける課題と連携に関する研究」

研究分担者：大金 美和

問い合わせ先

独立行政法人国立国際医療研究センター病院
エイズ治療・研究開発センター 大金美和
〒162-8655東京都新宿区戸山1-21-1
TEL: 03-5273-5418 (直通)

2013年3月発行

2013年3月

無断転写をお断りします