

# 受診時のお願い

殿は

\_\_\_\_\_  
(名前)

血友病 ( A 又は B ) フォン・ヴィレブランド病、  
その他 ( \_\_\_\_\_ ) の患者さんで  
(病名)

当院で治療をおこなっています。

血友病は血液疾患の一つです。血友病の患者さんは血液中の凝固因子の欠乏により出血が止まりません。

出血を訴えて貴院を受診された場合は

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 単位) を

(製剤名)

静脈注射していただけますでしょうか。

ご不明の点がありましたら御連絡ください。

\_\_\_\_\_ 年 月 日

主治医氏名  
\_\_\_\_\_

施設名  
\_\_\_\_\_

※旅行先などで受診時に必要な文書は、本ページを参考に各医療施設で作成してください。