

秘

総務省承認 No. 23090

承認期限 平成14年12月31日まで

血液製剤使用状況調査票

--

(上記印字内容に誤りがある場合は、訂正をお願いいたします。)

この調査票は統計目的以外には使用しませんので、正しく記入してください。

本調査票にご記入いただいた内容について、不明な点などがありました場合、問い合わせをさせていただくことがあり得ます。恐れ入りますが、その際の窓口になっていただける方のお名前と所属をご記入下さい。

お名前	所属	
		(内線)
		Fax

貴医療機関における血液製剤の平成13年度中(平成13年4月1日から平成14年3月31日; 12ヶ月間)の使用実績及び平成15年度中(平成15年4月1日から平成16年3月31日; 12ヶ月間)の使用見込みについてお尋ねします。

1. 血液製剤管理簿の記載対象となる血液製剤のうち別添1・2の表に掲げる血漿分画製剤に関し、平成13年度使用実績及び平成15年度使用見込の有無について該当する番号に をつけて下さい。

(1)あり (2)なし 有り難うございました。ここで終了です。

【以下を記入せず、調査票を必ず御返送願います。】

引き続き以下質問にご回答願います。

2. 血液製剤管理簿対象の血漿分画製剤(1と同じ。)の平成13年度中に使用した使用実績量及び平成15年度中に使用が見込まれる見込量について、別添1,2の表にできるだけ正確に記入して下さい。

なお、別添2の表については、貴医療機関において、血友病及びフォンヴィルブランド病患者が受診している又は受診が予定される場合のみ記入していただくこととしておりますので、担当主治医において(診療科が複数の場合は診療科ごとにご記入願います。