

住 所	〒		
電 話		携 帯	
緊急 連絡先	氏 名		電 話
医療 機関 か かり つけ	医師名		
	医療機関名・診療科		
	連絡先	電 話 ()	

私の症状

- 腹部 (回/月)
 手足 (回/月)
 顔、瞼、唇 (回/月)
- のど (回/月)
 ほか _____

私の治療

【症状が無いとき】 _____

- 【発作時】
 C1 インヒビター製剤の補充療法 (単位静注)
- トラネキサム酸 (mg/kg)
- _____