

問診票(検査・造影剤・抗菌薬)

患者氏名		生年月日		年齢		性別	男・女
問診日		代理人		続柄		問診者	

項 目	選 択	
1) 緑内障・眼圧が高い	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2) 心疾患がある <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> その他〔 〕	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3) 前立腺肥大がある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
4) 歯科の麻酔や外科治療時の麻酔で気分不快や蕁麻疹が出たことがある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5) 腎機能に異常があると言われたことがある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
6) 甲状腺に異常があると言われたことがある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
7) 喘息と言われたことがある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
8) 薬のアレルギーがある〔薬品名: 〕	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
9) 造影剤を用いた検査で副作用が起きたことがある 〔検査名: 症状: 〕	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
10) 食物でアレルギー・蕁麻疹などが出たことがある <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> 青魚 <input type="checkbox"/> えび・かに <input type="checkbox"/> バナナ <input type="checkbox"/> キウイ <input type="checkbox"/> アボカド <input type="checkbox"/> 栗 <input type="checkbox"/> その他の食品〔 〕	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
11) その他、アレルギーと言われたことがある <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
12) 血縁関係者に喘息、薬・食物アレルギー、蕁麻疹などの出る方がいる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
13) 糖尿病で、ビグアナイド系の薬剤を服用している 〔薬品名: 〕 ※ヨード造影検査時に休薬が必要	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
14) 血が止まりにくくなる薬を飲んでいる <input type="checkbox"/> アンプラーグ <input type="checkbox"/> イグザレル <input type="checkbox"/> エパテール <input type="checkbox"/> エリキウス <input type="checkbox"/> オパルモン <input type="checkbox"/> ケタス <input type="checkbox"/> コメリアン <input type="checkbox"/> コンプラピン <input type="checkbox"/> セロクラー <input type="checkbox"/> タケルダ <input type="checkbox"/> ドルナー <input type="checkbox"/> バイアスピリン <input type="checkbox"/> パナルジン <input type="checkbox"/> バファリン <input type="checkbox"/> プラザキサ <input type="checkbox"/> プラビックス <input type="checkbox"/> プレタール <input type="checkbox"/> ペルサンチン <input type="checkbox"/> リクシアナ <input type="checkbox"/> ロルナール <input type="checkbox"/> ロトリガ <input type="checkbox"/> ワーファリン <input type="checkbox"/> その他〔 〕	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
15) 手術をしたことがある <input type="checkbox"/> 虫垂炎 <input type="checkbox"/> 胃切除 <input type="checkbox"/> 子宮摘出 <input type="checkbox"/> 腸切除 <input type="checkbox"/> その他〔 〕	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
16) 妊娠中または授乳中である 妊娠()週	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

知多厚生病院 病診連携室
TEL : (0569) 83-1661
FAX : (0569) 83-1666