問診票(鎮痙剤使用検査)

ID		患者氏名		年齢		性別	
問診日		代理人		続柄		問診者	

＊目的に関わらず、すべての項目を聴取する

項　　目	選択	
1） 緑内障・眼圧が高い	□ はい	□ いいえ
2） 心疾患がある　□ 心筋梗塞　□ 狭心症　□ 不整脈 □ その他　【　　】	□ はい	□ いいえ
3） 前立腺肥大がある	□ はい	□ 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	□ はい	□ いいえ
5） 喘息と言われたことがある	□ はい	□ いいえ
6） 薬のアレルギーがある 薬品名 【　　】	□ はい	□ いいえ
7） 食物でアレルギー・蕁麻疹などが出たことがある □ 卵　□ 大豆　□ そば　□ 青魚　□ えび・かに □ バナナ　□ キウイ　□ アボカド　□ 栗 □ その他の食品　【　　】	□ はい	□ いいえ
8） その他、アレルギーと言われたことがある □ 花粉症　□ その他　【　　】	□ はい	□ いいえ
9） 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	□ はい	□ いいえ
10）血が止まりにくくなる薬を飲んでいる ※50音順 □ アンプラーグ　□ イグザレルト　□ エパデール　□ エフィエント □ エリキュース　□ オパルモン　□ クロピドグレル　□ ケタス □ コメリアン　□ コンプラビン　□ ジラゼプ　□ セロクラール □ タケルダ　□ ドルナー　□ バイアスピリン　□ パナルジン □ バファリン　□ プラザキサ　□ プラビックス　□ プレタール □ ペルサンチン　□ リクシアナ　□ ロトリガ　□ ワーファリン □ その他　【　　】	□ はい	□ いいえ
11）手術をしたことがある □ 虫垂炎　□ 胃切除　□ 子宮摘出　□ 腸切除　□ その他　【　　】	□ はい	□ いいえ
12）妊娠中または授乳中である 妊娠（　　）週	□ はい	□ いいえ

特記事項

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