

# 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	口はい	口いいえ
2) 心疾患がある <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 狹心症 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> その他	口はい	口いいえ
3) 前立腺肥大がある	口はい	口いいえ
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	口はい	口いいえ
5) 喘息と言われたことがある	口はい	口いいえ
6) 薬のアレルギーがある 薬品名:	口はい	口いいえ
7) 食物でアレルギー・蕁麻疹などが出たことがある <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"/> メントール(ミント、ハッカ) <input type="checkbox"/> その他の食品	口はい	口いいえ
8) 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	口はい	口いいえ
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	口はい	口いいえ
10) 血が止まりにくくなる薬を飲んでいる ※50音順 ※( )は当院未採用薬品 <input type="checkbox"/> イグザレルト <input type="checkbox"/> エバデール <input type="checkbox"/> エフィエント <input type="checkbox"/> エリキュース <input type="checkbox"/> オパルモン <input type="checkbox"/> キャブピリン <input type="checkbox"/> クロビドグレル <input type="checkbox"/> ケタス <input type="checkbox"/> コメリアン <input type="checkbox"/> コンプラビン <input type="checkbox"/> サルボグレラート <input type="checkbox"/> ジラゼブ <input type="checkbox"/> セロクラール <input type="checkbox"/> チクロピジン <input type="checkbox"/> ニセルゴリン <input type="checkbox"/> バイアスピリン <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"/> ベラサス <input type="checkbox"/> ベラプロスト <input type="checkbox"/> ペルサンチン <input type="checkbox"/> リクシアナ <input type="checkbox"/> ロトリガ <input type="checkbox"/> ワーファリン <input type="checkbox"/> (アスファネット) <input type="checkbox"/> (アンプラーグ) <input type="checkbox"/> (イコサペント酸) <input type="checkbox"/> (イスキア) <input type="checkbox"/> (イフェンプロジル) <input type="checkbox"/> (エパキャップ) <input type="checkbox"/> (エバラ) <input type="checkbox"/> (エバロース) <input type="checkbox"/> (オザグレル) <input type="checkbox"/> (ケアロード) <input type="checkbox"/> (コートリズム) <input type="checkbox"/> (ジビリダモール) <input type="checkbox"/> (シロシナミン) <input type="checkbox"/> (シロスタゾール) <input type="checkbox"/> (シロスレット) <input type="checkbox"/> (ゼンアスピリン) <input type="checkbox"/> (ソルミラン) <input type="checkbox"/> (タケルダ) <input type="checkbox"/> (ドメナン) <input type="checkbox"/> (トラピジル) <input type="checkbox"/> (ドルナー) <input type="checkbox"/> (ナサチーム) <input type="checkbox"/> (ニセルゴリン) <input type="checkbox"/> (バスタレル) <input type="checkbox"/> (バッサミン) <input type="checkbox"/> (パナルジン) <input type="checkbox"/> (ファモター) <input type="checkbox"/> (ニトギス) <input type="checkbox"/> (ブリリンタ) <input type="checkbox"/> (プレトモール) <input type="checkbox"/> (プロサイリン) <input type="checkbox"/> (プロレナール) <input type="checkbox"/> (ヘパリンCa) <input type="checkbox"/> (ホルダゾール) <input type="checkbox"/> (マイトジン) <input type="checkbox"/> (メルブラール) <input type="checkbox"/> (ヨウリダモール) <input type="checkbox"/> (リマプロストアルファデクス) <input type="checkbox"/> (ロコルナール) <input type="checkbox"/> (ロレアス) <input type="checkbox"/> (ワルファリンK)	口はい	口いいえ
11) 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	口はい	口いいえ
12) 健康食品・サプリメントを飲んでいる ※休薬をお願いします	口はい	口いいえ
13) 妊娠中または授乳中である 妊娠( )週	口はい	口いいえ

特記事項

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