

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	<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) 喘息と言われたことがある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
6) 薬のアレルギーがある 薬品名：	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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"/> パナナ <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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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 <div> <input type="checkbox"/> イグザレルト <input type="checkbox"/> エパデール <input type="checkbox"/> エフィエント <input type="checkbox"/> エリキュース <input type="checkbox"/> オバルモン <input type="checkbox"/> キャブピリン <input type="checkbox"/> クロピドグレル <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"/> (アスピリン) <input type="checkbox"/> (アスファネート) <input type="checkbox"/> (アンブラーグ) <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"/> (エパロース) <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"/> (ジピリダモール) <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"/> (バスサミン) <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"/> (プリリント) <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) <input type="checkbox"/> その他 </div>	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
13) 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

特記事項

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