

アレルギー問診票

氏名 _____

ID _____

1. のみ薬や注射薬で具合が悪くなったことはありますか。

- なし あり→わかれば薬品名と症状を下記にご記入下さい。 不明
薬品名()
症 状: 吐き気・嘔吐・発赤・発疹・かゆみ・咳・くしゃみ・しびれ感
喘鳴・呼吸困難・血圧低下・便秘・尿意・その他()
いつ頃: () 当院 他院

備考 _____

2. 以下によるアレルギーがありますか。

①アルコールによる皮膚消毒でみずぶくれ、発赤が24時間以上続いたことがありますか。

- なし あり→症状() 不明

備考 _____

②金属(指輪・ネックレスなど)

- なし あり→症状() 不明

備考 _____

③ゴム製品(ゴム手袋・輪ゴムなど)で「腫れあがる」などの症状が出たことがありますか。

- なし あり→症状() 不明

備考 _____

3. 食べ物によるアレルギーがありますか(きれいな食べ物ではありません)

- なし あり→食品名と症状を下記にご記入ください。 不明
食品名と症状()

備考 _____

記入日 西暦 20 年 月 日 患者氏名 ()

代筆者氏名 ()

【以下は職員記入欄:「あり」の項目がある場合のみ記載】

- 1 禁忌薬登録 副作用薬登録 ⇒下表を記入してスキャン後、薬剤科へ登録依頼する
登録しない ⇒理由はカルテに記載してください。
登録済み
- 2 ①アルコール⇒採血・注射合併症登録(要・不要・済)
②金属⇒プロフィール情報入力
③ゴム製品⇒必要時IgE検査、(+)はプロフィールへ入力 ()科
- 3 入院時栄養科へ連絡 依頼(確認) 医師サイン()

20 年 月 日

当該薬剤名			
副作用病名			
発症年月日			
グレード評価 (判断可能時)	<input type="checkbox"/> 他院での事象 <input type="checkbox"/> 当院での事象 グレード <input type="checkbox"/> 1・ <input type="checkbox"/> 2・ <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 他院での事象 <input type="checkbox"/> 当院での事象 グレード <input type="checkbox"/> 1・ <input type="checkbox"/> 2・ <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 他院での事象 <input type="checkbox"/> 当院での事象 グレード <input type="checkbox"/> 1・ <input type="checkbox"/> 2・ <input type="checkbox"/> 3

グレード1⇒軽微なもの
グレード2⇒重篤でも軽微でもないもの
グレード3⇒重篤なもの