

アレルギー問診票

1、 のみ薬・注射・座薬 で具合が悪くなったことはありますか？

☐ なし

☐ あり 薬品名（ ）

症状 むかむかした、吐いた （ 有 ・ 無 ） しびれ （ 有 ・ 無 ）

痒み(唇・耳・体など) （ 有 ・ 無 ） 血圧低下 （ 有 ・ 無 ）

赤くなった、発疹 （ 有 ・ 無 ） 咳、くしゃみ （ 有 ・ 無 ）

呼吸困難 ・ 喘息 ・ ノドの違和感 （ 有 ・ 無 ）

その他 （ ）

2、 アレルギー性の病気はありますか？

☐ なし

☐ あり （ 気管支喘息 ・ じんましん ・ アレルギー性鼻炎 ・ 花粉症 ・ アトピー ）

3、 食べ物によるアレルギーがありますか？

☐ なし

☐ あり → 食品名と症状を下記にご記入ください。

食品名 （ ）

症状 （ ）

4、 アルコールについて （ 飲酒 ・ 皮膚消毒 ）

☐ なし

☐ あり → 症状 （ ）

備考

問診票記入日 年 月 日 患者氏名 _____

代筆者氏名 _____

カルテ禁忌記入 ☐ 済み 看護師サイン（ ） 医師サイン（ ）

☐ 不要

【職員確認事項】

① 薬物アレルギー「あり」→ 外来・入院カルテのアレルギー欄に赤で記載

② 食物アレルギー「あり」→ 栄養士へ連絡（患者面談依頼）

川 野 病 院