

手術における薬剤アレルギーに関する問診票

お名前 _____

問診日 _____年 _____月 _____日

ID _____(クリニックが記入します)

手術を受けられる患者さんの体質や体調を詳しく知り、危険因子をあらかじめ確認し、危険を回避する目的で、問診にご協力をお願いします。

1. 以前に市販薬（かぜ薬、鎮痛剤、座薬など）でじんましん・湿疹が出たことがありますか？（はい・いいえ）
2. 以前に抗生剤の点滴や内服でじんましん・湿疹が出たことがありますか？（はい・いいえ）
3. 以前に造影剤の注射でじんましん・湿疹が出たことがありますか？（はい・いいえ）
4. 歯科で麻酔をして動悸・めまい・失神をおこしたことがありますか？（はい・いいえ）
5. ぜんそく・アトピー性皮膚炎・花粉症がありますか？（はい・いいえ）
「はい」と答えた方は、いつからですか？（ ）
現在治療中ですか？（ ）
6. ご家族にぜんそくの方がいらっしゃいますか？（はい・いいえ）
7. 食物アレルギーがありますか？（はい・いいえ）
（卵・牛乳・そば・小麦・だいたいず・らつかせい・エビ・カニ・フルーツ・その他）
8. 原因不明のじんましんや湿疹で治療を受けたことがありますか？（はい・いいえ）
9. 現在腎臓のお病気がありますか？（はい・いいえ）
10. 麻酔の治療を受けたことがありますか？（はい・いいえ）
11. 緊急時のご自身以外のご連絡先をご記入ください。

氏名 _____ ご自身との関係 _____

ご連絡先お電話番号 _____

🌸ご協力ありがとうございました。

つばめ皮膚科 院長 久保田葉子