

アレルギー問診票

ID: 氏名: 生年月日: 年 月 日 問診年月日: 年 月 日

患者様へ: 治療を行うにあたり大切な確認事項となりますので、分かる範囲で下記の質問にお答え下さい。

「アレルギーですね」「アレルギー体質ですね」と言われたことがありますか?	☐ はい ☐ いいえ
ぜんそく症状 花粉症 アレルギー性鼻炎 じんましん アトピー性皮膚炎	☐ はい ☐ いいえ ☐ はい ☐ いいえ ☐ はい ☐ いいえ ☐ はい ☐ いいえ ☐ はい ☐ いいえ
以下によるアレルギーがありますか? ①食べ物 (食品名:) ②皮膚や粘膜の消毒液 ☐ アルコール ☐ アルコール以外 () ③ゴム製品 (ゴム手袋・輪ゴムなど)	☐ はい ☐ いいえ ☐ はい ☐ いいえ ☐ はい ☐ いいえ ☐ はい ☐ いいえ
今までに抗生物質をのむあるいは抗生物質の注射を受けて下記に示すような症状を経験したことがありますか? (例) 顔があかくなる、皮膚がかゆい、じんましんがでる くちびるや舌がしびれる、手足がしびれる、くしゃみが出る せきが出る、気分が悪い、心臓がドキドキする 尿意や便意を感じる、のどがつまる、息が苦しい 目の前が暗くなる、寒気がする、吐き気がする など	☐ はい ☐ いいえ 「はい」とお答えの方へ その治療のために 入院したことがありますか? ☐ はい ☐ いいえ
「はい」とお答えの方で、薬の名前や種類を覚えていらっしゃる場合はご記入ください。 ()	

確認医師 :

確認看護師 :