

生年月日 西曆 年 月 日

| | 質問 | 回答欄 | | |
|-------------------------|--|-----------------------------|-----------------------------|--|
| (1) | 身長： cm 体重： kg 最近の体重増減 ： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 増加 <input type="checkbox"/> 減少(ヶ月で kg) | | | |
| (2) | 当院受診理由 | いつ頃から どのような症状 | | |
| (3) | 通院中の病院、診療所 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ある | 病院、診療所名 |
| | | | | 病院、診療所名 |
| | | | | 病院、診療所名 |
| | | | | 病院、診療所名 |
| (4) | 今までにかかった病気 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ある | ()歳頃 病名() |
| | | | | ()歳頃 病名() |
| | | | | ()歳頃 病名() |
| | | | | ()歳頃 病名() |
| (5) | 今までに受けた手術 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ある | ()歳頃 病名() |
| | | | | ()歳頃 病名() |
| | | | | ()歳頃 病名() |
| | | | | ()歳頃 病名() |
| (6) | 内服・注射している薬 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> <u>抗凝固・抗血小板薬(血をさらさらにして血管をつまりにくくする)</u> |
| | | | | (薬名：) |
| | | | | (薬名：) |
| | | | | <input type="checkbox"/> 糖尿病の薬 |
| | | | | (薬名：) |
| | | | | <input type="checkbox"/> 自己注射の薬 |
| | | | | (薬名：) |
| | | | | <input type="checkbox"/> その他 |
| (薬名：) | | | | |
| (7) | アレルギーやじんましん | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> 薬 (薬名： 症状：) |
| | | | | <input type="checkbox"/> 造影剤 |
| | | | | 検査名() |
| | | | | 症状() |
| | | | | <input type="checkbox"/> 食べ物 (内容： 症状：) |
| | | | | <input type="checkbox"/> ゴム製品 |
| | | | | <input type="checkbox"/> アルコール消毒 |
| | | | | <input type="checkbox"/> 金属 |
| | | | | <input type="checkbox"/> その他(内容： 症状：) |

| | | | | |
|-----------------------------|---|--|--|--|
| (8) | たばこ | <input type="checkbox"/> 吸わない | <input type="checkbox"/> 現在吸っている(歳から、1日約 本) <input type="checkbox"/> 以前吸っていた(歳から 歳まで、1日約 本) | |
| (9) | アルコール | <input type="checkbox"/> 飲まない | <input type="checkbox"/> 飲む1日量:(種類と量:) <input type="checkbox"/> 以前は飲んでいた | |
| (10) | 家族の病気 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> 糖尿病 (父・母・子・兄弟・祖父・祖母) <input type="checkbox"/> が ん (父・母・子・兄弟・祖父・祖母) <input type="checkbox"/> 高血圧 (父・母・子・兄弟・祖父・祖母) <input type="checkbox"/> 肝疾患 (父・母・子・兄弟・祖父・祖母) <input type="checkbox"/> 脳疾患 (父・母・子・兄弟・祖父・祖母) <input type="checkbox"/> 心疾患 (父・母・子・兄弟・祖父・祖母) |
| (11) | 体内にある金属や異物 例:どこに(左股関節)何が(人工股関節) どこに(左胸)何が(ペースメーカー) | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ある | どこに() 何が() どこに() 何が() どこに() 何が() |
| (12) | 検査や治療を受ける上での禁止事項 例:禁止事項 (左腕からの採血と血圧測定) 理 由 (手術後のため) 禁止事項 (右腕からの採血と血圧測定) 理 由 (透析をしているため) | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ある | 禁止事項 () 理 由 () 禁止事項 () 理 由 () |
| (13) | 女性の方のみ:妊娠の可能性 | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> わからない | | |
| マイナンバーカードを提示しましたか | | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | |
| 上記で、薬剤情報等を病院が確認することに同意しましたか | | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | |
| 連絡先 | | 本人 (電話番号:) 本人以外 (電話番号:)(続柄:) | | |

ここより下は医師記入欄になります

| | | | |
|---|---|--|---|
| 【医師記入欄】禁忌項目 あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> (ありの場合は必ず下記項目に記載してください) | | | |
| 安全管理 | | 薬剤禁忌 | |
| <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 血友病 <input type="checkbox"/> 抗凝固・血小板剤 <input type="checkbox"/> 宗教上制限 <input type="checkbox"/> AND(DNAR) <input type="checkbox"/> がん告知未 <input type="checkbox"/> 緩和病棟同意書 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> 腎機能障害 <input type="checkbox"/> 地域連携パス適応中 | <input type="checkbox"/> サリチル酸系製剤 <input type="checkbox"/> アニリド系局麻薬 <input type="checkbox"/> アミノグリコジド系抗生剤 <input type="checkbox"/> 牛乳蛋白製剤 <input type="checkbox"/> サルファ剤 <input type="checkbox"/> 三環系抗うつ剤 <input type="checkbox"/> ストレプトマイシン系抗生剤 <input type="checkbox"/> セフェム系抗生剤 <input type="checkbox"/> テトラサイクリン系抗生剤 | <input type="checkbox"/> バルビツール酸系製剤 <input type="checkbox"/> 白金含有製剤 <input type="checkbox"/> 非ステロイド消炎剤 <input type="checkbox"/> ビリン系解熱剤 <input type="checkbox"/> ペニシリン系抗生剤 <input type="checkbox"/> ホスホマイシン系抗生剤 <input type="checkbox"/> ヨード系製剤 <input type="checkbox"/> 卵白製剤 <input type="checkbox"/> リンコマイシン系抗生剤 | |
| 食物禁忌 | | アレルギー | |
| <input type="checkbox"/> 鶏肉 <input type="checkbox"/> 豚肉 <input type="checkbox"/> 牛肉 <input type="checkbox"/> 肉類全般 <input type="checkbox"/> 青赤身魚 (さば・ツナ等) <input type="checkbox"/> 魚 (貝・イカ・タコ含む) <input type="checkbox"/> 甲殻類 (えび・かに等) <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 乳製品 (牛乳・ヨーグルト・チーズ等) <input type="checkbox"/> 牛乳のみ <input type="checkbox"/> 大豆 | <input type="checkbox"/> イチゴ <input type="checkbox"/> オレンジ <input type="checkbox"/> キウイ <input type="checkbox"/> スイカ <input type="checkbox"/> さくらんぼ アメリカンチェリー <input type="checkbox"/> パイン <input type="checkbox"/> バナナ <input type="checkbox"/> ブドウ <input type="checkbox"/> マンゴー <input type="checkbox"/> メロン <input type="checkbox"/> 桃 <input type="checkbox"/> りんご <input type="checkbox"/> その他の果物 () <input type="checkbox"/> 果物除去 | <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> 山芋・長芋 <input type="checkbox"/> ナッツ類(ゴマ・ピーナッツ類) <input type="checkbox"/> 宗教上の食物禁忌 <input type="checkbox"/> 動物性食品 <input type="checkbox"/> 生魚 | <input type="checkbox"/> 花粉 <input type="checkbox"/> ダニ <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> ラテックス(ゴム) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> ラテックス(フルーツ・食物) <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 喘息 |
| | | フリーコメント <div></div> | |