

(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 なし (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"/> サリチル酸系製剤	<input type="checkbox"/> バルビツール酸系製剤	
<input type="checkbox"/> 血友病	<input type="checkbox"/> アニド系局麻薬	<input type="checkbox"/> 白金含有製剤	
<input type="checkbox"/> 抗凝固・血小板剤	<input type="checkbox"/> アミノグリコジド系抗生剤	<input type="checkbox"/> 非ステロイド消炎剤	
<input type="checkbox"/> 宗教上制限	<input type="checkbox"/> 牛乳蛋白製剤	<input type="checkbox"/> ビリン系解熱剤	
<input type="checkbox"/> AND(DNAR)	<input type="checkbox"/> サルファ剤	<input type="checkbox"/> ペニシリン系抗生剤	
<input type="checkbox"/> がん告知未	<input type="checkbox"/> 三環系抗うつ剤	<input type="checkbox"/> ホスホマイシン系抗生剤	
<input type="checkbox"/> 緩和病棟同意書	<input type="checkbox"/> ストレプトマイシン系抗生剤	<input type="checkbox"/> ヨード系製剤	
<input type="checkbox"/> 前立腺肥大	<input type="checkbox"/> セフェム系抗生剤	<input type="checkbox"/> 卵白製剤	
<input type="checkbox"/> 腎機能障害	<input type="checkbox"/> テトラサイクリン系抗生剤	<input type="checkbox"/> リンコマイシン系抗生剤	
<input type="checkbox"/> 地域連携パス適応中			
食物禁忌		アレルギー	
<input type="checkbox"/> 鶏肉	<input type="checkbox"/> イチゴ	<input type="checkbox"/> 花粉	
<input type="checkbox"/> 豚肉	<input type="checkbox"/> オレンジ	<input type="checkbox"/> ダニ	
<input type="checkbox"/> 牛肉	<input type="checkbox"/> キウイ	<input type="checkbox"/> アトピー	
<input type="checkbox"/> 肉類全般	<input type="checkbox"/> スイカ	<input type="checkbox"/> ラテックス(ゴム)	
<input type="checkbox"/> 青赤身魚 (さば・ツナ等)	<input type="checkbox"/> さくらんぼ アメリカチェリー	<input type="checkbox"/> その他	
<input type="checkbox"/> 魚 (貝・イカ・知含む)	<input type="checkbox"/> パイン	<input type="checkbox"/> ラテックス(フルーツ・食物)	
<input type="checkbox"/> 甲殻類 (えび・かに等)	<input type="checkbox"/> バナナ	<input type="checkbox"/> アルコール	
<input type="checkbox"/> 卵	<input type="checkbox"/> ブドウ	<input type="checkbox"/> 喘息	
<input type="checkbox"/> 乳製品 (牛乳・ヨーグルト・チーズ等)	<input type="checkbox"/> マンゴー		
<input type="checkbox"/> 牛乳のみ	<input type="checkbox"/> メロン		
<input type="checkbox"/> 大豆	<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		
		フリーコメント	
		<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>	