

# お薬と食べ物に関する調査票(アレルギー調査)

記載日 西暦 年 月 日

氏名 (男・女) 生年月日 年 月 日

## 薬

※当てはまるものに○を付けてください

① お薬を飲んだ後や注射・点滴をして症状が出たことはありますか？

あり

わからない

なし

ありの方は当てはまるものに○を付けてください。

吐いた・気持ち悪くなった・下痢をした・しびれた・肌が赤くなった

肌がかゆくなった・顔や体にぶつぶつがでた

息が苦しくなった・息ができなくなった・意識がなくなった

その他 ( )

①-2 上記の症状が出たのはどんなお薬ですか

薬の名前( )

## 食べ物

※当てはまるものに○を付けてください

② 食べ物を食べたあとに症状が出たことはありますか？(食あたりを除く)

あり

わからない

なし

ありの方は当てはまるものに○を付けてください。

吐いた・気持ち悪くなった・下痢をした・しびれた

肌が赤くなった・肌がかゆくなった・顔や体にぶつぶつがでた

息が苦しくなった・息ができなくなった・意識がなくなった

その他 ( )

②-2 その食べ物はなんですか？

その他 ( )

## その他

※当てはまるものに○を付けてください

③ お薬や食べ物以外で、体に異常が出たことがありますか。

あり

わからない

なし

(アルコール、金属、ゴム製品など)

どんなものですか？ ( )

どんな症状ですか？ ( )

職員処理欄

外来

入院

確認日または入力日:

年

月

日

患者さんに問診票の内容を確認した

禁忌薬情報なしのため担当医サイン不要

電子カルテに禁忌情報を入力した

↓ 禁忌薬ある場合のみ確認後☑とサイン

食事オーダーに禁忌情報を入力した(入院のみ)

禁忌薬情報を電子カルテで確認した(医師)

確認者

担当医