問診票

問診表(アレルギー)	大分類:問診票及び予診票　中分類:アレルギー問診票	入院時/手術時/抗生剤使用時
用紙の分類・属性・種類	スキャン保存の必要有無とスキャン分類	用紙の取り扱い及び用途

アレルギー問診票

(問診の有効期限は、問診日から6カ月後の同日)

記載日：	年	月	日
氏名：			様
代筆者：		続柄:	

生年月日：
ID：　　性別：
名前：　　様

以下のアレルギー物質で、アレルギー症状が出たことがありますか？

問診1

Q1 造影剤を使用した検査	□ なし	□ あり
Q2 飲み薬 / 注射 / 塗り薬 / 貼り薬	□ なし	□ あり
Q3 食べ物 / 飲み物 / または動物	□ なし	□ あり
Q4 ゴム製品 / アルコール / 金属	□ なし	□ あり
Q5 その他 / アレルギー疾患等	□ なし	□ あり

1つ以上『 **あり** 』 ➡ *問診2.*

症状がでるアレルギー物質、またはアレルギー疾患等を記載してください。

問診2

①	④	⑦
②	⑤	⑧
③	⑥	⑨

➡ *問診3.*

【問診2.】の番号を、該当する症状欄に記載してください。

問診3

皮膚症状	呼吸器症状	循環器症状	消化器症状
蕁麻疹【　】	咳・くしゃみ【　】	頻脈【　】	喉の違和感【　】
皮膚の赤み【　】	鼻水【　】	不整脈【　】	腹痛【　】
皮膚の痒み【　】	鼻づまり【　】	血圧低下【　】	吐き気・嘔吐【　】
目・唇の腫れ【　】	息苦しさ【　】	意識消失【　】	下痢【　】

その他の症状 (　　)【　】

登録必要項目	問診票確認医師	薬剤	食品	アレルギー	造影剤	その他
	□ 登録不要	□ｷｼﾛｶｲﾝ □ｿｾｺﾞﾝ □NSAIDs □ﾖｰﾄﾞ □酒精綿 □抗ﾋｽﾀﾐﾝ □ﾍﾟﾆｼﾘﾝ □ｾﾌｪﾑ系 □ﾋﾟﾘﾝ □ｶﾙﾊﾞﾍﾟﾈﾑ系 □ﾌﾞｽｺﾊﾟﾝ □ﾏｸﾛﾗｲﾄﾞ系 □ﾚﾍﾟﾀﾝ □ﾆｭｰｷﾉﾛﾝ系	□牛乳 □卵 □リンゴ □鯖 □卵黄 □桃 □蟹 □卵白 □大豆 □蕎麦 □納豆 □海老 □ｸﾞﾚｰﾌﾟﾌﾙｰﾂ	□ダニ □花粉 □金属 □ｱﾚﾙｷﾞｰ性鼻炎 □ﾗﾃｯｸｽ	ﾖｰﾄﾞ造影剤禁忌 □有 □注意 Gd造影剤禁忌 □有 □注意 蛍光眼底造影禁忌 □有 □注意	
登録済	〈薬剤禁忌〉 〈食物禁忌 〉 〈アレルギー 〉					

R7/6 改訂　医療安全推進室