＜薬剤問診票＞

（ID　　）　　年　月　日

氏名：　　年齢：　歳　身長：　cm　体重：　kg

【1】これまでにボルタレンを使用した事はありますか？	いいえ	はい
「はい」の場合は副作用があればご記入ください。 →（　　）		
【2】これまでにロキソニンを使用した事はありますか？	いいえ	はい
「はい」の場合は副作用があればご記入ください。 →（　　）		
【3】喘息または咳喘息があると言われたことがありますか？	はい	いいえ
「はい」の方は下記①と②の質問にもお答えください。 ① 小児喘息ですでに完治している。	いいえ	はい
② 現在も喘息・咳喘息がある 最終発作　年　月　日 処置当日の吸入薬の持参　有（薬品名：　）・無	はい	いいえ
【4】薬や食べ物のアレルギーはありますか？	はい	いいえ
（名称：　）⇒（症状：　） （名称：　）⇒（症状：　）		
【5】ラテックスのアレルギーはありますか？	はい	いいえ
【6】アルコールのアレルギーはありますか？	はい	いいえ
【7】これまでに以下のご病気にかかられたことはありますか? また検査で以下を指摘されたことはありましたか？	はい	いいえ
「はい」の方は以下に○を付けてください。 高血圧、心疾患、糖尿病、甲状腺疾患、呼吸器疾患、脳疾患、肝炎、肝疾患、腎疾患、精神疾患、緑内障、眼疾患、その他 （病名：　）⇒ 完治・経過観察・治療中（　） （病名：　）⇒ 完治・経過観察・治療中（　）		
【8】これまでに血栓症になったことはありますか？	はい	いいえ
【9】普段内服している薬はありますか？	はい	いいえ
（薬品名：　）⇒ 1日（　）回 （食前・食後・朝・昼・夕・眠前・頓用） （薬品名：　）⇒ 1日（　）回 （食前・食後・朝・昼・夕・眠前・頓用）		
【10】過去に手術や麻酔(歯科を除く)を受けたことはありますか？	はい	いいえ
「はい」の方は下記にお答えください。 ① 手術・麻酔の時期・内容　（例）平成 20 年 9 月　子宮筋腫摘出にて全身麻酔 （　） ② 麻酔の影響と思われる症状（高熱、痙攣、ショック、意識障害、麻痺、しびれ等） （　）		
【11】タバコを吸いますか？ （1日　本・　年間）	はい	いいえ