

アレルギーに関する問診票

近年、様々なアレルギーを持つ方が増えています。
 処置の際に使用する手袋などの製品や薬剤によりショックを起こす例の報告もされています。
 安全な環境で手術や処置等を受けていただくために、下記の質問にお答えください。
 ※太線内の該当する項目に☑し、「はい」と答えた方は、必要事項をご記入ください。

患者ID _____

患者氏名 _____

追加及び情報再確認							
年月日
確認者							

記入日; 年 月 日

記載者; 本人 他(続柄)

質問項目	*「はい」と答えた方は、ご記入ください。	追加情報記載欄 (医療者記載欄)	記載日・記載者サイン (記載項目毎に)
1) 薬や点滴、消毒剤で症状が出たことがありますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	・症状の出た薬や注射薬、消毒薬の名前を教えてください。 <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> ヨード <input type="checkbox"/> 抗生剤() <input type="checkbox"/> キシロカイン <input type="checkbox"/> 消毒剤() <input type="checkbox"/> 内服薬() <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 不明 ・痒みや蕁麻疹などの症状をおしえてください。 ()		
2) 食べ物で症状が出たことがありますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	・症状の出た食べ物の種類を教えてください。 <input type="checkbox"/> キウイ <input type="checkbox"/> マンゴー <input type="checkbox"/> 桃 <input type="checkbox"/> バナナ <input type="checkbox"/> 栗 <input type="checkbox"/> トマト <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> かに <input type="checkbox"/> えび <input type="checkbox"/> 落花生(ナッツ類) <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 他() ・どのような症状が出たか教えてください。 ()	◎左記に☑はラテックスアレルギー疑いグループ「II」	
3) 時計やネックレス、指輪、ピアスやイヤリング、メガネなどの金属物で症状が出たことがありますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	・どのような症状が出たか教えてください。 ()		
4) 湿布やテープ類でかぶれたり、赤くなったことがありますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	・症状の出た商品名を教えてください。 ()・ <input type="checkbox"/> 不明 ・痒みや赤くなったなどの症状を教えてください。 ()		
5) ラテックスアレルギーと言われたことがありますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	・ラテックス抗原特異的IgE抗体が陽性と言われたことがありますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	◎「はい」はラテックスアレルギー疑いグループ「I」	

*裏面もご記入ください

質問項目	*「はい」と答えた方は、ご記入ください。	追加情報記載欄 (医療者記載欄)	記載日・記載者サイン (記載項目毎に)
6) ゴム製品(下着のゴム、ゴム手袋、輪ゴムなど)に触れたりして、かぶれたり赤くなったことはありますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	・症状の出たゴム製品の種類を教えてください。 ()・ <input type="checkbox"/> 不明 ・どのような症状が出たか教えてください。 ()	◎即時型アレルギーを起こした場合はラテックスアレルギー疑いグループ「Ⅰ」 ◎症状ありはグループ「Ⅲ」	
7) 現在、もしくは以前に、天然ゴム製品(ゴム手袋、タイヤなど)と接触する機会の多い仕事をされていますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	・どのような職業ですか。 <input type="checkbox"/> 医療関係 <input type="checkbox"/> 美容師 <input type="checkbox"/> 清掃関係 <input type="checkbox"/> ゴム製品製造関係 <input type="checkbox"/> 他()	◎「はい」はラテックスアレルギー疑いグループ「Ⅱ」	
8) 上記以外でアレルギー症状が出たことがありますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	・当てはまるものにチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 日光 <input type="checkbox"/> ダニ <input type="checkbox"/> 花粉 <input type="checkbox"/> 他() ・どのような症状が出たか教えてください。 ()		
9) 原因不明のショック(顔面蒼白・血圧低下・意識消失等)を経験したことがありますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		◎原因不明のショックを経験した場合はラテックスアレルギー疑いグループ「Ⅲ」	
10) 右の欄に記載してある病気をしたことがありますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	・当てはまる病名にチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 二分脊椎 <input type="checkbox"/> 骨髄炎 <input type="checkbox"/> ゴムによる気管支喘息	◎左記に☑はラテックスアレルギー疑いグループ「Ⅰ」	
	<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 接触性皮膚炎	◎左記に☑はラテックスアレルギー疑いグループ「Ⅱ」	
11) 今までに手術や歯科治療で麻酔を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	・受けた麻酔の種類を教えてください。 <input type="checkbox"/> 全身麻酔 <input type="checkbox"/> 腰椎麻酔 <input type="checkbox"/> 局所麻酔 <input type="checkbox"/> 不明		
12) 麻酔で症状が出たことがありますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	・どのような症状が出たか教えてください。 ()		
13) 今までに輸血を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	・輸血で症状が出たことがありますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ・どのような症状が出たか教えてください。 ()		

*ご記入ありがとうございました。
ご不明な点がありましたら、ご質問下さい。

27.10.1 兵庫県立リハビリテーション中央病院