

# 副作用問診票

記入日： 年 月 日

ふりがな	生年月日		
氏名	大・昭・平・令		年 月 日
	診察カード番号		

薬で副作用が出たことがある	はい	いいえ	
* 「はい」と答えた方は薬剤名と症状 をご記入ください	薬剤名		
	症状		
緑内障と言われたことがある	はい	いいえ	
前立腺肥大と言われたことがある	はい	いいえ	
食品アレルギーがある	はい	いいえ	
* 「はい」と答えた方は、アレルギーのある食品を○でかこんでください ・卵・乳・小麦・えび・かに・いか・あわび・鮭・いくら・さば・牛肉・豚肉・鶏肉・大豆・そば ・やまいも・ごま・まつたけ・バナナ・桃・りんご・オレンジ・キウイフルーツ・アボカド ・マンゴー・落花生・くるみ・アーモンド・カシューナッツ・ゼラチン・その他（ ）			
体内に留置している金属がある	はい	いいえ	
* 「はい」と答えた方は、留置している金属を○でかこんでください ・ペースメーカー・植込型除細動器・1964年以前のStar-Edward型人工弁・人工内耳/人工中耳 ・内視鏡クリップ・冠動脈ステント・その他ステント・各種フィルター・各種インプラント ・人工関節・刺青/アートメイク・磁力で付着する義眼・パーキンソン深部刺激装置 ・その他（ ）・脳動脈クリップ【時期必須： 】			
アレルギーのある造影剤がある	はい	いいえ	造影剤を使ったことがない
* 「はい」と答えた方は、アレルギーのある造影剤を○でかこんでください ・ヨード造影剤      ・ガドリニウム造影剤      ・それ以外または不明			
喘息と言われたことがある	はい	いいえ	
金属アレルギーがある	はい	いいえ	
ゴムアレルギーがある	はい	いいえ	
アルコールアレルギーがある（アルコール綿 含）	はい	いいえ	
過去に麻酔を受けてアレルギー症状を起 したことがある	はい	いいえ	麻酔経験なし

サイン欄	入院前面談看護師	看護師	医師	薬剤師	D・A ルーム		
					1回目	2回目	3回目

この用紙は「D・A ルーム」へ届けてください。（スキャンセンターではありません）

令和7年9月改訂 平塚市民病院

## 副作用問診票の記入にご協力ください

平塚市民病院では、患者様の副作用等に関する情報を電子カルテシステムに登録しております。このことにより、お薬やお食事をお出しする際、患者様から申し出のあったお薬や食材を提供しないようにしております。

### ☆記入における留意点☆

- ・ 質問の意味が分からない場合は、近くにいるスタッフにお尋ねください。
- ・ 食品アレルギーは、“嫌いなもの”ではありません。摂取することでアレルギー反応が出る食品をご記入ください。
- ・ 全ての質問のご記入をお願い致します。