

ID No. :

氏名 :

問診日 : 2014年07月15日

問診者名 : _____

〈抗生物質・抗菌薬処方にあたっての問診〉

これから患者さまの感染症の治療のために、抗生物質を点滴・静脈注射・筋肉注射で行います。
その前に副作用防止のために、以下の問診にお答えください。

該当するものにチェックをしてください。() 内には具体的な語句・文章をご記入ください。
ご不明なときは、医師・看護師・薬剤師にお尋ねください。

1. 今までに、抗生物質の内服あるいは注射により、体調が悪くなったこと
(赤くなる・ふくれる・ひどく痛くなる・かゆくなる・全身のしびれ感・頭痛・めまい・
耳鳴り・吐き気・嘔吐・脈が速くなる・気分不良・口が渇く・咳・冷や汗が出る・
寒気がする・じんましんなど) がありますか？
 不明 ない ある (具体的に: _____)
2. 今までに、医師から「かぜ」で処方された薬を服用して、体調が悪くなったことがありますか？
 ない ある (具体的に: _____)
3. 普段服用しているお薬で、医師から特に注意するように (副作用やのみ合わせなど)
されているものはありますか？
 ない ある (具体的に: _____)
4. あなたは、アレルギーに関連する病気をお持ちですか？
(例：喘息、アトピー性皮膚炎、ラテックスアレルギー、ヨード剤アレルギー
食品に関するアレルギー、造影剤に対するアレルギーなど)
 ない ある (具体的に: テーアからいびれ)

以下 医療スタッフ記入

開始時刻: _____ 時 _____ 分

薬剤名: _____

確認時刻: _____ 時 _____ 分

確認者: _____

症状の有無: 悪心・嘔吐 発疹・発赤 呼吸困難
 動悸 掻痒感 その他の訴え

※ 記入後、必ずテンプレート画面にて入力して下さい。