

診療情報提供書（患者紹介予約申込書）

患者ご紹介の際はお手数でもこの用紙に御記入の上、地域医療連携室へFAX送信下さい。

目的にチェック  して下さい。

- 外来受診予約  
 CF検査  GTF検査  
 検査 ( CT・MRI・RI・一般撮影 )  読影希望

患者さんが希望される日時  
 月 日 午前・午後

紹介日令和 年 月 日

江別市立病院

地域医療連携室 行

〒067-8585 江別市若草町6番地  
 Tel. 382-5151(内線1152)  
 Fax. 382-8381

(紹介元)  
 医療機関

医師名

Tel. ( ) -

Fax. ( ) -

当院での受診歴・患者カード番号は必ずご記入下さい。

ふりがな  
 患者名

住所 〒

大・昭 (男・女)  
 生年月日 平・令 年 月 日生 (歳)

連絡先【自宅】Tel. ( ) -  
 【勤務先】Tel. ( ) -  
 【自宅】Fax ( ) -

江別市立病院での受診歴 無 ・ 有

患者カード番号 -

患者様の状況

外来で待っている  すでに帰宅  入院中(退院予定 : 月 日)

資料

無  有 ・CD-R・検査記録等 ・フィルム・プレパラート  事前郵送可能  当日持参

希望診療科 内科 呼吸器科 消化器科 循環器科 神経内科 小児科 産婦人科 外科 整形外科  
 耳鼻咽喉科 眼科 皮膚科 泌尿器科 麻酔科 精神科

希望検査項目  CT (  単純・ 造影 → 冠動脈CTの場合 コアベータ使用  可・ 不可 )  
 MRI (  単純・ 造影 )  RI検査  一般撮影  
 GTF検査  CF検査  その他 ( )

CT、MRI造影検査の依頼では、患者さんの服用している薬剤リストを一緒にFAXして下さい。

傷病名

既往歴・現症・治療経過・検査結果・処方等(スペース不足の際は別に添付下さい。)

# RI検査依頼票

氏名 <span style="float: right;">様</span>  生年月日  科	依頼施設	指示医師
	オムツ (有・無)	予約担当者
	感染症 (+・-) MRSA・HB・HCV・ワ氏・その他 ( )	
	患者移動 歩行・車椅子・ベット・ストレッチャー	
	前回RI検査 (有・無)	身長 <span style="float: right;">cm</span>
	電話番号 [ ]	体重 <span style="float: right;">kg</span>

## 検査項目

V600 <input type="checkbox"/> 脳DAT	V720 <input type="checkbox"/> 骨	V580 <input type="checkbox"/> 心筋	各検査法 <input type="checkbox"/> Rest <input type="checkbox"/> 運動負荷 <input type="checkbox"/> 薬剤負荷 ( ) <input type="checkbox"/> Early & Delayed <input type="checkbox"/> Dual Imaging <input type="checkbox"/> QGS(心電同期SPECT) <input type="checkbox"/> 利尿レノグラム
<input type="checkbox"/> 脳血流(定性・定量)	V630 <input type="checkbox"/> 骨髓	<input type="checkbox"/> 201TlCl	
V900 <input type="checkbox"/> 唾液腺	<input type="checkbox"/> ガリウム	<input type="checkbox"/> 99mTc-MIBI	
V560 <input type="checkbox"/> 甲状腺(Tc・TI)	<input type="checkbox"/> タリウム	<input type="checkbox"/> 99mTc-tetrofosmin	
<input type="checkbox"/> 甲状腺I(摂取率・I-サ)	<input type="checkbox"/> 腎機能(DTPA)	<input type="checkbox"/> 交感神経(MIBG)	
V810 <input type="checkbox"/> 副甲状腺	<input type="checkbox"/> 腎機能(MAG)	<input type="checkbox"/> 脂肪酸代謝(BMIPP)	
<input type="checkbox"/> 肺血流	<input type="checkbox"/> 腎形態	<input type="checkbox"/> 急性心筋(PYP)	
<input type="checkbox"/> 肺換気(Krガス)	<input type="checkbox"/> 副腎皮質(アドステロル)	<input type="checkbox"/>	
V820 <input type="checkbox"/> 肝受容体(アアD)	<input type="checkbox"/> 副腎髄質(MIBG)	<input type="checkbox"/> RI Angio	
V990 <input type="checkbox"/> 肝・胆道	<input type="checkbox"/> 消化管出血	<input type="checkbox"/> RI Venography	
<input type="checkbox"/> 異所性胃粘膜	<input type="checkbox"/> リンパ管	<input type="checkbox"/>	

検査目的・指示事項 (必ず記入をお願いします) <input type="checkbox"/> 読影希望	注射日時	月 日 ( )
		時 分
	検査日次	月 日 ( )
		時 分
担当技師		

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>部分(静態)シンチグラム</td></tr> <tr><td>部分(動態)シンチグラム</td></tr> <tr><td>全身シンチグラム</td></tr> <tr><td>シングルフォトリミットヨリ光ビューター器</td></tr> <tr><td>甲状腺ラジアイソトプ摂取率</td></tr> <tr><td>負荷試験</td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td>メディア</td></tr> <tr><td>CD・DVD 枚</td></tr> <tr><td>その他の薬品・材料</td></tr> <tr><td>生食注射液「オ-カ」10ml</td></tr> <tr><td>生食注射液「オ-カ」20ml</td></tr> <tr><td>生理食塩液 20ml</td></tr> <tr><td>生理食塩液 100ml</td></tr> <tr><td>生理食塩液 250ml</td></tr> <tr><td>ビタミンC末 500mg</td></tr> <tr><td>ラシックス注 20mg 2ml</td></tr> <tr><td>ダイモックス注 500mg</td></tr> <tr><td>アトピン硫酸塩注 0.5mg 1ml</td></tr> <tr><td>ネオフィリン注 2.5% 10ml</td></tr> <tr><td>トリカリン注射液 10% 1ml</td></tr> <tr><td>アドステロル負荷用静注 60mg</td></tr> </table>	部分(静態)シンチグラム	部分(動態)シンチグラム	全身シンチグラム	シングルフォトリミットヨリ光ビューター器	甲状腺ラジアイソトプ摂取率	負荷試験		メディア	CD・DVD 枚	その他の薬品・材料	生食注射液「オ-カ」10ml	生食注射液「オ-カ」20ml	生理食塩液 20ml	生理食塩液 100ml	生理食塩液 250ml	ビタミンC末 500mg	ラシックス注 20mg 2ml	ダイモックス注 500mg	アトピン硫酸塩注 0.5mg 1ml	ネオフィリン注 2.5% 10ml	トリカリン注射液 10% 1ml	アドステロル負荷用静注 60mg	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2">各種検査薬剤</th></tr> <tr><td>テラシチ注-10M</td><td>370MBq</td></tr> <tr><td>テラシチ注-20M</td><td>740MBq</td></tr> <tr><td>クリプトン注</td><td>MBq</td></tr> <tr><td>ラシックス注Tc-99m注</td><td>MBq</td></tr> <tr><td>ネオニチ注</td><td>MBq</td></tr> <tr><td>アドステロル注</td><td>MBq</td></tr> <tr><td>アトピン注</td><td>MBq</td></tr> <tr><td>ニューロチン注射液</td><td>MBq</td></tr> <tr><td>カデイオラ注</td><td>MBq</td></tr> <tr><td>タットスキャノ静注</td><td>MBq</td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>テラMDP注射液 370MBq</td><td>370MBq</td></tr> <tr><td>テラMDP注射液 555MBq</td><td>555MBq</td></tr> <tr><td>テラMDP注射液 740MBq</td><td>740MBq</td></tr> <tr><td>テラMDP注射液 925MBq</td><td>925MBq</td></tr> <tr><th colspan="2">99m-Tc用標識キット</th></tr> <tr><td>テラMDMSAキット</td><td> </td></tr> <tr><td>テラネオニチ酸キット</td><td> </td></tr> <tr><td>テラDTPAキット</td><td> </td></tr> <tr><td>テラMAAキット</td><td> </td></tr> </table>	各種検査薬剤		テラシチ注-10M	370MBq	テラシチ注-20M	740MBq	クリプトン注	MBq	ラシックス注Tc-99m注	MBq	ネオニチ注	MBq	アドステロル注	MBq	アトピン注	MBq	ニューロチン注射液	MBq	カデイオラ注	MBq	タットスキャノ静注	MBq			テラMDP注射液 370MBq	370MBq	テラMDP注射液 555MBq	555MBq	テラMDP注射液 740MBq	740MBq	テラMDP注射液 925MBq	925MBq	99m-Tc用標識キット		テラMDMSAキット		テラネオニチ酸キット		テラDTPAキット		テラMAAキット		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2">各種検査薬剤</th></tr> <tr><td>クリプトンガリウム(67Ga)注</td><td>MBq</td></tr> <tr><td>塩化リウム-Tl201注射液</td><td>MBq</td></tr> <tr><td>塩化インジウム(111In)注</td><td>74MBq</td></tr> <tr><td>ハ-ヒューザ注</td><td>MBq</td></tr> <tr><td>ネオMIBG・I-123注射液</td><td>MBq</td></tr> <tr><td>カデイオラ注</td><td>MBq</td></tr> <tr><td>ネオMIBG・I-131注射液</td><td>MBq</td></tr> <tr><td>アドステロル-131注射液</td><td>MBq</td></tr> <tr><td>ヨド化チロシン-123</td><td>37MBqX</td></tr> <tr><td>ヨウ化ナトリウムイソトプ5号</td><td>185MBqX</td></tr> <tr><td>テラMAG3注射液 200MBq</td><td>200MBq</td></tr> <tr><td>テラMAG3注射液 300MBq</td><td>300MBq</td></tr> <tr><td>テラMAG3注射液 400MBq</td><td>400MBq</td></tr> <tr><td>MAG注 222MGq</td><td>222MBq</td></tr> <tr><td>MAG注 333MGq</td><td>333MBq</td></tr> <tr><td>MAG注 555MGq</td><td>555MBq</td></tr> <tr><td>マイビュ注注射液 296MBq</td><td>296MBq</td></tr> <tr><td>マイビュ注注射液 592MBq</td><td>592MBq</td></tr> <tr><td>マイビュ注注射液 740MBq</td><td>740MBq</td></tr> <tr><th colspan="2">ジェネレーター</th></tr> <tr><td>メジテック</td><td> </td></tr> <tr><td>ウルトラテクネカウ</td><td> </td></tr> <tr><td>クリプトンジェネレータ</td><td>MBq</td></tr> </table>	各種検査薬剤		クリプトンガリウム(67Ga)注	MBq	塩化リウム-Tl201注射液	MBq	塩化インジウム(111In)注	74MBq	ハ-ヒューザ注	MBq	ネオMIBG・I-123注射液	MBq	カデイオラ注	MBq	ネオMIBG・I-131注射液	MBq	アドステロル-131注射液	MBq	ヨド化チロシン-123	37MBqX	ヨウ化ナトリウムイソトプ5号	185MBqX	テラMAG3注射液 200MBq	200MBq	テラMAG3注射液 300MBq	300MBq	テラMAG3注射液 400MBq	400MBq	MAG注 222MGq	222MBq	MAG注 333MGq	333MBq	MAG注 555MGq	555MBq	マイビュ注注射液 296MBq	296MBq	マイビュ注注射液 592MBq	592MBq	マイビュ注注射液 740MBq	740MBq	ジェネレーター		メジテック		ウルトラテクネカウ		クリプトンジェネレータ	MBq
部分(静態)シンチグラム																																																																																																																		
部分(動態)シンチグラム																																																																																																																		
全身シンチグラム																																																																																																																		
シングルフォトリミットヨリ光ビューター器																																																																																																																		
甲状腺ラジアイソトプ摂取率																																																																																																																		
負荷試験																																																																																																																		
メディア																																																																																																																		
CD・DVD 枚																																																																																																																		
その他の薬品・材料																																																																																																																		
生食注射液「オ-カ」10ml																																																																																																																		
生食注射液「オ-カ」20ml																																																																																																																		
生理食塩液 20ml																																																																																																																		
生理食塩液 100ml																																																																																																																		
生理食塩液 250ml																																																																																																																		
ビタミンC末 500mg																																																																																																																		
ラシックス注 20mg 2ml																																																																																																																		
ダイモックス注 500mg																																																																																																																		
アトピン硫酸塩注 0.5mg 1ml																																																																																																																		
ネオフィリン注 2.5% 10ml																																																																																																																		
トリカリン注射液 10% 1ml																																																																																																																		
アドステロル負荷用静注 60mg																																																																																																																		
各種検査薬剤																																																																																																																		
テラシチ注-10M	370MBq																																																																																																																	
テラシチ注-20M	740MBq																																																																																																																	
クリプトン注	MBq																																																																																																																	
ラシックス注Tc-99m注	MBq																																																																																																																	
ネオニチ注	MBq																																																																																																																	
アドステロル注	MBq																																																																																																																	
アトピン注	MBq																																																																																																																	
ニューロチン注射液	MBq																																																																																																																	
カデイオラ注	MBq																																																																																																																	
タットスキャノ静注	MBq																																																																																																																	
テラMDP注射液 370MBq	370MBq																																																																																																																	
テラMDP注射液 555MBq	555MBq																																																																																																																	
テラMDP注射液 740MBq	740MBq																																																																																																																	
テラMDP注射液 925MBq	925MBq																																																																																																																	
99m-Tc用標識キット																																																																																																																		
テラMDMSAキット																																																																																																																		
テラネオニチ酸キット																																																																																																																		
テラDTPAキット																																																																																																																		
テラMAAキット																																																																																																																		
各種検査薬剤																																																																																																																		
クリプトンガリウム(67Ga)注	MBq																																																																																																																	
塩化リウム-Tl201注射液	MBq																																																																																																																	
塩化インジウム(111In)注	74MBq																																																																																																																	
ハ-ヒューザ注	MBq																																																																																																																	
ネオMIBG・I-123注射液	MBq																																																																																																																	
カデイオラ注	MBq																																																																																																																	
ネオMIBG・I-131注射液	MBq																																																																																																																	
アドステロル-131注射液	MBq																																																																																																																	
ヨド化チロシン-123	37MBqX																																																																																																																	
ヨウ化ナトリウムイソトプ5号	185MBqX																																																																																																																	
テラMAG3注射液 200MBq	200MBq																																																																																																																	
テラMAG3注射液 300MBq	300MBq																																																																																																																	
テラMAG3注射液 400MBq	400MBq																																																																																																																	
MAG注 222MGq	222MBq																																																																																																																	
MAG注 333MGq	333MBq																																																																																																																	
MAG注 555MGq	555MBq																																																																																																																	
マイビュ注注射液 296MBq	296MBq																																																																																																																	
マイビュ注注射液 592MBq	592MBq																																																																																																																	
マイビュ注注射液 740MBq	740MBq																																																																																																																	
ジェネレーター																																																																																																																		
メジテック																																																																																																																		
ウルトラテクネカウ																																																																																																																		
クリプトンジェネレータ	MBq																																																																																																																	

## RI検査に関する説明と同意書

RI(放射性同位元素)を使用した検査を受けられる方へ

有効期日

年 月 日迄

### 1. RI検査とは

RIという体の特定の部位に集まる放射線を放出する薬剤を注射（検査によって内服）し、その後各臓器や組織に集まった状態を撮影する検査です。

これにより、各臓器や組織の機能・形態・状態を明らかにすることに役立ちます。

なお、検査に関する時間や検査のための注意事項は、検査部位により異なりますので、別紙「RI検査を受けられる方へ」をご参照お願いします。

### 2. RI検査の副作用について

RI検査に使用される薬剤の副作用はほとんどありません。

ただし、以下の検査では、次のような副作用がまれに起こる場合がありますが、いずれも一過性の症状で、特に治療を必要とすることは無いとされています。

脳DAT（ドパミントランスポーター）

副腎皮質（<sup>131</sup>I-アドステロール）

注射後まれに動悸、顔面紅潮などの副作用

**検査をできるだけ安全確実に行うために「問診票」のご記入をお願いし、確認させていただきます。**

### 3. 放射線被ばくについて

RI検査は放射線被ばくを伴う検査です。

しかし、被ばくは少なく、通常の投与方法では臓器に障害を及ぼすことはありません。また、日常生活にも支障はありません。

以上の説明をご理解いただいた上で、同意書に署名をお願い致します。この同意書は検査に同意された日から3ヶ月間は有効とさせていただきますが、同意された後でも、いつでも撤回することができますし、次の検査までに、お気持ちが変わられた場合には、医師、看護師にお申し出ください。

#### 【RI検査の説明】

私は患者様に上記事項について説明しました

年 月 日

医師氏名

印

#### 【RI検査の同意書】

私はRIを使用した検査の説明を受け、目的や方法、危険性について記載事項を読み理解したので、RI検査を受けることに同意します。また万一副作用が現れた場合には必要な処置を受けることを承諾します

年 月 日

ご本人の署名

\*未成年・本人記入が困難な場合

代理人の署名

(続柄

)

## 放射線科造影検査 問診票

ID				
フリガナ				
名前				様
生年月日	年	月	日	歳

<input type="checkbox"/> CT (造影)	<input type="checkbox"/> DIP
<input type="checkbox"/> MRI (造影)	<input type="checkbox"/> IVP
<input type="checkbox"/> RI	<input type="checkbox"/> その他造影( )

予定検査日
年 月 日

● 身長	● 体重
cm	kg

問診日
年 月 日

看護師サイン

造影剤を使用する検査またはRI検査を安全に行うために、以下の質問にお答え下さい。

◎ 当てはまる欄に 、またはご記入をお願いします。

● アレルギー体質やアレルギー性の病気はありますか？ (薬・食物・ゴム・気管支喘息等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	※特に気管支喘息は副作用頻度が高くなる報告があるので、医師に相談をお願いします。 <看護師へ> アレルギーありの場合、「アレルギーチェック表」に記載・聞き取り
今までに、造影剤を使用した検査を受けたことがありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 血管造影 <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> 尿路系検査 <input type="checkbox"/> 胆嚢膵臓系検査 <input type="checkbox"/> その他(
● その時、副作用はありましたか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 発疹・発赤 <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> あくび <input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 咳・くしゃみ <input type="checkbox"/> のど違和感 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 血圧低下 <input type="checkbox"/> その他(
その時、処置を受けましたか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	処置[ ]
● 糖尿病薬(血糖を下げる薬)を服用していますか？ (種類によって休薬が必要です)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<看護師へ> 電子カルテ掲示板>ビグアナイド系一覧表で確認して下さい。 ただし、造影MRIおよびRI検査は休薬が不要です。
● 点滴の使用が禁止されている四肢はありますか？ (シャントや手術で使用禁止等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 右手(R) <input type="checkbox"/> 左手(L) <input type="checkbox"/> その他( )
● 造影可能なCVポート(パワーポート)が挿入されていますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
○ 腎臓・心臓・肝臓・甲状腺の病気や、機能が悪いと言われたことがありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 甲状腺 病名[ ]

※ 女性の方のみお答え下さい。

○ 現在、妊娠中または妊娠の可能性はありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	※「はい」の場合、医師に相談が必要となります。
現在、授乳中ですか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	※「はい」の場合、一時的に授乳を控える必要があります。

# 放射線科 検査記録用紙

ID	
(ふりがな)	
名前	
生年月日	年 月 日 ( 歳)

検査日	年	月	日
<input type="checkbox"/> CT(E)		<input type="checkbox"/> DIP	
<input type="checkbox"/> MRI(E)・(P)		<input type="checkbox"/> IVP	
<input type="checkbox"/> RI			

身長	cm
体重	kg

## 患者情報 依頼施設で記入をお願いします

「造影剤検査の同意書」の署名あり(造影検査時のみチェック)

**ラテックスアレルギー**     無     有

**その他のアレルギー**  
(酒精綿、絆創膏、  
気管支喘息等)     無     有

内容	
----	--

**禁止四肢**     無     有

部位	
----	--

**造影剤  
副作用歴**     使用歴無し  
 無     有    ⇒

### 検査前処置の確認

<input type="radio"/> 無	※前処置無しで検査可能な場合
<input type="radio"/> 有	<前処置内容を記載> (検査前に吐気止め使用等)

**経口糖尿病薬**     無     有

**絶食**     無     有    (    )から絶食

## CT：冠動脈検査のみ

**コアペータの使用**     使用可     使用不可

**ミオコルスプレーの使用**     使用可     使用不可

## MRI：すべての検査

**体内金属**  
(インプラント)     無     有

MRI対応の確認  
 全インプラントがMRI対応

**外せる金属類**  
(入歯、補聴器等)     無     有

## RI：脳DATシンチ、副腎皮質(アドステロール)シンチのみ

**アルコール過敏症**     無     有    ※飲酒に対し強い反応が出る場合は“有”にチェック

地域連携室：糖尿病薬の確認(CT造影時、前後2日間の休薬指示の実施)

## 検査時入力 当院放射線科で記入します

**休薬の確認**    ①検査前2日間の休薬実施の確認     済    ②検査後2日間の休薬予定の確認     済

**検査で使用する  
留置針**     20G  
 22G      G

**留置針の部位**     右     左    部位

**担当看護師サイン**   

**検査前血圧**     /

**検査前心拍数**   

## 実施入力

<b>投与前 ルート確認</b>	発赤 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	腫脹 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	疼痛 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	逆流 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	滴下 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有
----------------------	--	--	--	--	--

<b>冠動脈CT時 コアペータの使用</b> <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	<b>冠動脈CT時 血圧と心拍数</b>	入室時	ミオコルス 投与後	検査 終了後
--	--------------------------	-----	--------------	-----------

<b>検査終了後</b> <input type="radio"/> 変化なし <input type="radio"/> 変化あり	<b>RI投与前後の 血圧 / 心拍数</b>	RI投与前	RI投与後
---	-----------------------------	-------	-------

**担当者サイン**   

**検査時コメント**    副作用以外で何かあれば記入    →

# アレルギーチェック表

検査や手術・治療を安全に受けていただくために、記入もれのないようお願い致します

患者ID		生年月日		年齢	
患者氏名		性別		診療科	
記載日	年	月	日	記載者	

## ● 薬剤アレルギー

薬物アレルギーはありますか？ (発疹・かゆみ、吐き気・嘔吐、頭痛・咳などの症状や体調が悪くなったことがある)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
上記で <input checked="" type="checkbox"/> あり の場合、該当する薬剤を○で囲み、お薬の名前をご記入ください		
<b>造影剤</b> (画像検査を、よりわかりやすくするために使用される検査用の薬剤)		
CT検査、アンギオ、X線TV検査で多く使われる造影剤(ヨード造影剤)	薬剤名	→
MRI検査で使われる造影剤(ガドリニウム製剤)	薬剤名	→
<b>抗菌薬</b> (化膿止めのお薬など)	薬剤名	→
<b>局所麻酔剤</b> (歯科治療の際の麻酔など)	薬剤名	→
<b>鎮痛・解熱剤</b> (痛み止めなど)	薬剤名	→
<b>その他の薬剤</b>	薬剤名	→

## ● 食物アレルギー (食物アレルギー有りの場合、看護師は「食物アレルギー除去食品確認票」を確認し栄養科に提出する)

食物アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
上記で <input checked="" type="checkbox"/> あり の場合、食品名を○で囲んでください。		
卵 乳製品 小麦 大豆 魚介 肉類 果物 野菜 そば ナッツ その他 ( )		

## ● ラテックス(ゴム)アレルギー

ゴム製品(風船・ゴム手袋など)に対して、アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
植物(ポインセチアなど)や、果実(バナナ・アボカド・トロピカルフルーツ・キウイ・プラム・さくらんぼ・桃・栗など)に、アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
繰り返し医療的な処置を受けていますか？(多くの手術経験やカテーテル留置など)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
日常的に、ゴム製品に触れる職業に従事していますか？	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
アレルギー疾患(気管支喘息やアレルギー性炎症)などがある	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
上記で <input checked="" type="checkbox"/> あり の場合、アレルギー疾患を○で囲んでください。(医師(クラーク)・看護師は「既往歴」にも入力する)		
気管支喘息      アレルギー性鼻炎      アレルギー性結膜炎      花粉症      接触性皮膚炎		
アトピー性皮膚炎      慢性の湿疹      慢性の蕁麻疹      その他 ( )		

## ● その他のアレルギー

その他のアレルギー及びアレルギーを起こす原因や過敏症がある場合、○で囲んでください		
アルコールアレルギー(酒精綿など)      金属アレルギー      絆創膏      湿布      その他 ( )		

## ● その他、お気づきの点がありましたらご記入ください

--