

薬剤アレルギーに関する質問票

記入日：平成 年 月 日

氏名 年齢 歳

I. アレルギー体質やアレルギー性の病気がありますか。

なし

ある…喘息・じんましん・花粉症・アレルギー性鼻炎・アトピー性皮膚炎・
食物アレルギー・飲み薬・注射薬の副作用
その他（ ）

II. 肉親（親・兄弟・子供など）の方に上記のようなアレルギー体質やアレルギーの病気の方が
いますか。

いない

いる…患者本人との関係・アレルギー疾患名（わかる範囲で）

（ ）

III. 今までに薬を飲んだり、注射を受けて副作用が出たことがありますか。

ない ある わからない

↓

<ある> と答えられた方にお聞きします。

*薬の名前はわかりますか。（ ）

*いつ頃（ ）

*その際、下記のような副作用はありましたか。

なし あった

全身のしびれ感・頭痛・めまい・吐き気・嘔吐・動悸・口が渇く・咳・
冷や汗・じんましん など
その他（ ）

*あった と答えられた方にお聞きします。

どのような処置、治療を受けられましたか。（わかる範囲で）

（ ）