

## 抗菌薬 問診票 (地域医療連携室用)

下記の質問をよく読んでお答え下さい。ご不明な点がありましたら病院職員にお尋ね下さい。

ID番号

患者様氏名

様

問診記入日

	質 問	回 答		
1	アレルギー性の病気（またはアレルギー体質と言われたこと）がありますか？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> ある
↑				
2	上記1の質問で「ある」と答えられた方にお尋ねします。下記にあげるアレルギー性の病気や食物・薬物アレルギーがありますか？	←		
	① アレルギー性の病気がある方はチェックを付けて下さい。	<input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> じんましん <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎		
	② 食物アレルギー	・食物名 [                                  ] ・症状		
③ 薬剤アレルギー	・薬剤名 [                                  ] ・症状			
3	これまで抗菌薬の錠剤・カプセル・粉薬を服用したり、注射を受けた時に、お体にいつもと違う症状が出た事がありますか？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> ある
↑				
4	上記3の質問で「ある」と答えられた方にお尋ねします。その時の事を詳しく教えてください。	←		
	① いつ頃のことですか？			
	② 薬剤名はわかりますか？			
③ どのような症状でしたか？				

### アレルギー症状の例

軽症	嘔気・嘔吐・喉頭不快感・くしゃみ・咳・発疹（局所的）・発赤・搔痒など
中等症	血圧低下（90未満～80mmHg以上）・呼吸困難・喘鳴・顔面眼瞼浮腫など
重症	血圧低下（80mmHg未満）・ショック・心室頻拍（6連発以上）・喉頭浮腫など

<input type="checkbox"/> 患者様の容態により問診不能
<input type="checkbox"/> 慎重投与

<input type="checkbox"/> 投与可
------------------------------

担当医



※「患者様の容態により問診不能」「慎重投与」を選択した場合、担当医は初回投与時に院内待機し緊急時に備えることとする。

※抗菌薬問診票の有効期限は問診日より3ヶ月とする。

※抗菌薬問診票はスキャンの上、付箋登録してください。

## 抗菌薬の点滴治療を受けられる患者さまへ

「抗菌薬」とは、病気の原因となる細菌に「対抗」する薬剤です。細菌が増えるのを抑えたり、殺す作用があります。

抗菌薬の点滴治療を受けられる患者様には、事前に「抗菌薬問診票」記入をお願いしております。

抗菌薬によるアレルギー反応の発生は、確実に予知できる方法がありません。抗菌薬開始時には充分注意して対応致しますが、異常を感じた際には、直ちに医師または病院職員にお伝えください。

抗菌薬投与により、アレルギー反応として下記の症状が現れることがあります。

### アレルギー反応を疑わせる症状

#### 《局所症状》

注射部位周辺の皮膚が赤くなる、皮疹、痛み、かゆみなど

#### 《全身症状》

しびれ感、熱感、頭痛、めまい、耳鳴り、動悸、気分が悪い、口が渇く、咳、腹痛、汗が出る、寒気、蕁麻疹、顔・唇・舌・口・のどなどが腫れる、呼吸が苦しい、血圧低下（顔面蒼白、ふらつき、冷や汗、強い吐き気、目の前が暗くなる）、など

- ◆ 抗菌薬問診票の質問をよく読んで、ご記入願います。
- ◆ 問診票の記入を患者さまご自身が行えない場合は、ご家族の記入で結構です。
- ◆ 過去に抗菌薬でアレルギー症状を起こしたことがある方、アレルギー体質の方は、問診票にできるだけ詳しくご記入ください。
- ◆ 点滴中だけではなく**終了後**も異常に気が付いたときには、直ちに医師または病院職員にお伝えください。  
症状によっては処置が必要となる場合があります。
- ◆ 抗菌薬についてご質問がありましたら、遠慮なくお申し出下さい。