

# 【抗体カクテル療法（ロナプリーブ治療） 問診票】

以下を記入し、治療当日に必ず持参してください。

東神戸病院

お名前（ ）

生年月日（大・昭・平・令 年 月 日）（ 歳）

1) 緊急連絡先・ご本人の携帯番号をご記入ください。

お名前	続柄	電話番号／携帯番号
1 番目：		
2 番目：		
・患者さんご本人の携帯番号（ ）		

2) 今までにかかった病気、手術、現在治療中の病気などを記入して下さい。

\* 高血圧（あり なし） \* 糖尿病（あり なし） \* 心臓病（あり なし）

\* 腎臓病（あり なし） \* 透析（あり→シャント部位： なし）

\* 肝臓病（あり なし） \* 高コレステロール血症（あり なし）

\* 慢性肺疾患：喘息 COPD など（あり なし） \* その他（ ）

3) 身長・体重・喫煙歴についてお聞きします。 身長（ ）cm 体重（ ）kg

喫煙歴：なし

以前喫煙していた（ ）本/日（ ）年間・現在喫煙している（ ）本/日（ ）歳から

4) 女性の方へお聞きします。

\* 妊娠中ですか（はい→ 週 日 いいえ）

5) 薬剤や食物でアレルギーを起こしたことがありますか。

\* 薬剤アレルギー（いいえ はい→薬剤名 ・症状 ）

\* 食物アレルギー（いいえ はい→食物名 ・症状 ）

\* その他のアレルギー（いいえ はい→ 例：アルコール・ゴム製品・金属・花粉）

4) 薬についてお聞きします。

\* 現在、使っているお薬はありますか。（内服・注射・貼付薬等）（あり なし）