

V. わたしの情報

治療中に他の薬を使うと、効果に影響を及ぼしたり、思わぬ副作用があらわれることがあります。あなたがこれまでにどのような治療を受け、どのような薬を使っていたかという情報が非常に大切になります。

● お名前

● 現在治療中の他の病気

ない

ある →

病名:

治療内容・薬の名前:

治療開始時期: 年 月 ~

病名:

治療内容・薬の名前:

治療開始時期: 年 月 ~

● 既往歴(今までにかかったことのある病気)

ない

ある →

病名:

治療内容・薬の名前:

治療期間: 年 月 ~ 年 月

病名:

治療内容・薬の名前:

治療期間: 年 月 ~ 年 月

● 今までに薬の副作用やアレルギーが出たことがありますか？

 ない ある →

どのような薬ですか？(症状は？ いつ頃ですか？)

● 今までに食べ物でアレルギーが出たことがありますか？

 ない ある →

何の食べ物ですか？

 卵 魚介類 酒類 乳製品 その他()

症状は

 今もある 今はない(歳頃)

● サプリメント・健康食品・民間療法の利用は？

 ない ある →

使っているもの・費用など：

 ある に をされた方は担当の医師、看護師、薬剤師に相談しましょう