**【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）