**情報提供　補足（医療機関様ご記入用）**

**【日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院】**

|  |
| --- |
| 患者氏名：　　　　　　　　　　生年月日： □T･□S･□H･□R　　　年　　月　　日生　性別：□男・□女 |
| 紹介元医療機関名： |
| 下記既往がありましたらお知らせください。  　□糖尿病　　　□高血圧　□心疾患　□肝疾患　□腎疾患　□結核　□喘息　□前立腺肥大  □緑内障　　　□認知症　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  手術歴がありましたらお知らせください。　　　　□有　□無  体内人工物がありましたらお知らせ下さい。　　　□有　□無  　　　　　　　　品名：□心臓ペースメーカー　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| アレルギーについてお知らせください。  　食物アレルギー  　　卵　：□有　□無　□不明　　　乳製品：□有　□無　□不明　　　小麦：□有　□無　□不明  魚　：□有　□無　□不明　　　その他：（　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　）  　薬剤アレルギー（有る場合、具体的な症状と薬品名を可能な限りご記載ください）  抗生物質　　：　□有（症状：　　　　　　　　　　）　□無　□不明  　　　□ペニシリン　□セフェム　□その他（薬品名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  造影剤　　　：　□有（症状：　　　　　　　　　　）　□無　□不明  □ヨード　□ガドリニウム　□その他（薬品名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  輸血　　　　：　□有（症状：　　　　　　　　　　）　□無　□不明  　　　□血小板　□赤血球　　　　□その他（薬品名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  麻酔　　　　：　□有（症状：　　　　　　　　　　）　□無　□不明  　　　　　　　　　　　　（薬品名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  アルコール　：　□有（症状：　　　　　　　　　　）　□無　□不明  キシロカイン：　□有（症状：　　　　　　　　　　）　□無　□不明  ピリン　　　：　□有（症状：　　　　　　　　　　）　□無　□不明  その他　　　：　□有（症状：　　　　　　　　　　）（薬品名：　　　　　　　　　　　　）  　その他アレルギー  　　花粉：□有　□無　□不明　　　　　アトピー　　　　　：□有　□無　□不明  　　動物：□有　□無　□不明　　　　　ダニ・ハウスダスト：□有　□無　□不明  真菌：□有　□無　□不明　　　　　金属　　　　　　　：□有　□無　□不明  ゴム：□有　□無　□不明　　　　　その他（　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　） |
| 感染症についてお知らせください。  　ATLA　　：□＋　□－　□未検査　　　　　HBc抗体 ：□＋　□－　□未検査  　HBs抗原 ：□＋　□－　□未検査 HBs抗体 ：□＋　□－　□未検査  　HBV-DNA：□＋　□－　□未検査 HCV抗体：□＋　□－　□未検査  HIV　　 ：□＋　□－　□未検査 STS ：□＋　□－　□未検査  TB　　　 ：□＋　□－　□未検査 TPAb ：□＋　□－　□未検査  その他( ) |