

◆問診票◆

患者 ID _____
患者氏名 _____ 様

1. これまでににんにく注射(ビタミン B1 注射)を受けたことがありますか
なし あり
→「あり」の場合、注射後に副作用がでましたか
なし あり
→「あり」の場合、帰宅後も含めてどのような副作用がありましたか
吐き気・嘔吐・発疹・くしゃみ・呼吸困難・胸痛・血圧低下・頭痛
その他 (_____)
2. 今までに気管支喘息といわれたことがありますか
なし あり (治療中・過去の治療時期 _____ 歳・小児喘息 _____ 歳まで)
3. アレルギー性の病気や体質がありますか
なし あり : 蕁麻疹・花粉症・アトピー・食物アレルギー (具体的に: _____)
4. 薬でアレルギー反応を起こしたり、具合が悪くなったりしたことがありますか
なし あり : 内容(薬剤名と症状: _____)
5. 腎機能が悪いと言われたことや腎臓の病気にかかったことがありますか
なし あり : 内容(_____)
6. 経口糖尿病薬を服用していますか
なし あり : 内容(_____)
7. 心臓の薬を服用していますか
なし あり : 内容(_____)

◆説明医師署名欄◆

上記患者に対して、私がにんにく注射についての説明をしました。

説 明 日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

医師署名 : _____ 科 _____

◆にんにく注射の同意書◆

平塚胃腸病院院長殿

私は、にんにく注射について十分な説明を受け、その内容・副作用について理解しました。

にんにく注射を受けることに

同意します

同意しません

(該当する方の□に「✓」を入れてください。)

記 入 日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

患 者 署 名 : _____

代理人署名 : _____ 続柄 _____