

自己血問診表

年 月 日

同意書： あり ・ なし

感染症： あり ・ なし

アレルギー： あり ・ なし

体温： _____ °C 身長： _____ cm 体重： _____ kg

1、本日体調で気になる症状があればご記入ください

2、今までかかった病気、治療、手術などがあれば、ご記入ください

(歳： _____) (歳： _____)
(歳： _____) (歳： _____)
(歳： _____) (歳： _____)

3、今のんでいる薬がありましたら、ご記入ください

また、現在抗生物質はのんでいますか？ (はい ・ いいえ) 薬名 (_____)

4、献血をしたことがありますか？ (はい ・ いいえ)

5、輸血を受けたことはありますか？ (はい ・ いいえ)

6、注射や点滴、血液検査の際に針を刺されて気分が悪くなったことがありますか？ (はい ・ いいえ)

7、下記項目にチェックしてください (自己血貯血に必要な情報です！)

1) 皮膚科で現在治療を受けていますか？ (はい ・ いいえ)

→ 「はい」の方は、右欄へ病名をご記入ください (_____)

2) ここ1か月以内に下痢症状はありましたか？ (はい ・ いいえ)

→ 「はい」の方 いつからですか？ (月 日から)

3) 3日以内に抜歯をしましたか？ (はい ・ いいえ)

4) ここ3週間以内にウィルス感染症と言われたことはありますか？ (はい ・ いいえ)

例：インフルエンザ、ノロウィルスなど…

5) ここ1か月以内に、造影剤を使用した検査を受けましたか？ (はい ・ いいえ)

→ 「はい」の方 どの検査ですか？ (月 日から)