

母乳と薬相談外来 問診票

記入日 西暦 年 月 日

お名前（フリガナ） _____（ _____ ）ご住所 〒 - _____

ご連絡先（電話番号） _____ 自宅・携帯・他 _____ 出産予定日 年 月 日

以下の情報を昭和大学病院へ送付することに同意の上、ご記入いただけますよう、お願い致します。

問診票の記載内容を基に「母乳と薬相談外来」を受診致します。 西暦 年 月 日 (自署)

こちらの「母乳と薬相談外来」をお知りになったきっかけを教えてください。

1. 昭和大学病院産婦人科外来
2. 昭和大学病院小児科外来・病棟
3. 自治体の保健センター
4. 自治体の新生児訪問
5. その他 _____

今回のご相談はどのような内容ですか？（該当項目に○をしてください（複数回答可））

1. 現在授乳中であり、今から使用する可能性のある薬について知りたい
2. 現在使用している薬の母乳に対する影響について知りたい
3. 現在妊娠中で薬を使用しており、出産後の授乳が可能かどうか知りたい
4. その他 _____

これまでにかかった病気、現在治療中の病気について教えてください。

疾患名	既往・治療中	疾患名	既往・治療中
	1. 治療済 2. 治療中		1. 治療済 2. 治療中
	1. 治療済 2. 治療中		1. 治療済 2. 治療中
	1. 治療済 2. 治療中		1. 治療済 2. 治療中

今回ご相談される薬剤について伺います。

現在服用されている薬剤（屯用も含む）を下記の例を参考にしてすべてご記入ください。その中で今回ご相談されたい薬剤には番号のところに赤丸をつけて下さい。現在服用していないが服用可能か知りたい薬剤についてはご記入の上、番号のところに黒丸をつけて下さい。

薬剤名	開始年月日	中止年月日	1日量	使用理由	処方医療機関 診療科・医師名	相談内容
例) ① ○△錠	2010年7月1日	2010年8月1日 □現在使用中	3錠	かぜ	〇〇病院 内科・□□医師	風邪気味の時に服用している薬だが、授乳中も飲んで平気か？
1						
2						
3						
4						
5						

今後、さらに確かな情報を提供するために今回の情報を蓄積し、検討させていただきたいと考えております。個人情報排除し、データは当院にて厳重に管理します。当外来の趣旨をご理解の上、調査にご協力お願いいたします。

なお、電話でのお問い合わせは一切受け付けておりません。また、こちらを受診されても昭和大学病院での分娩をお約束するものではないことをご了承いただけますよう、お願い致します。

本問診票を郵送される場合の郵送先

〒142-8666 品川区旗の台 1-5-8 昭和大学病院医療連携室 母乳と薬相談外来行