ANTIBIOTIC MEDICATION SCREENING FORM- JAPANESE

下記情報は私の知る限りすべて正しいことを私は証明します。この文書の受領者が、薬投与の効果および安全性の目的のために地域、州、合衆国レベルでの公衆衛生関連団体と、この情報を共有することを、私は許可します。

電話番号_____**住所**_____**ZIP コード**_____**年令**_____**署名**_____

指示事項

良く読んでください

ステップ１：貴方自身の名を最初に記入し、貴方の本日の投薬対象者すべての人の名を**記入**してください。

ステップ２．リストされた症状の人のみを（）内にv印を入れてください。

名前	苗字	＊ドキシサイクリン、テトラサイクリン、その他の「サイクリン」系の薬に対するアレルギー	妊娠？	シプロフロキサシン、レバキシン、または「フロキサシン」系の薬に対するアレルギー	現在投薬中チザニジン（ザナフレックス）？	重症筋無力症ですか？	現在腎臓（肝臓）病？	今までに発作や癲癇になったことはありますか？	体重が 76 ポンド以下ですか？	錠剤を飲み込めないですか？	STAFF USE ONLY	Consult Name:
											☐Doxy ☐Cipro ATTACH LABEL WITH LOT #	
											☐Doxy ☐Cipro ATTACH LABEL WITH LOT #	
											☐Doxy ☐Cipro ATTACH LABEL WITH LOT #	
											☐Doxy ☐Cipro ATTACH LABEL WITH LOT #	
											☐Doxy ☐Cipro ATTACH LABEL WITH LOT #	
											☐Doxy ☐Cipro ATTACH LABEL WITH LOT #	
											☐Doxy ☐Cipro ATTACH LABEL WITH LOT #	

Dispenser Name:_____

Check all provided to client:
- ☐ Antibiotic Information Sheet
- ☐ Disease Information Sheet
- ☐ Pill Crushing Instructions (if needed)
- ☐ Letter of Referral (Consult only)

Today's Date:____ / ____ / _____

STAFF USE ONLY

Dispensing Guide and Formula

No checkmarks	+ No checkmarks	+ No checkmarks	= *Dispense **doxycycline or ciprofloxacin***
No checkmarks	+ Checkmarks	+ No checkmarks	= *Dispense **doxycycline***
No checkmarks	+ With or without checkmarks	+ Checkmarks	= *Dispense **doxy w/ pill crushing instructions***
Checkmarks	+ No checkmarks	+ No checkmarks	= *Dispense **ciprofloxacin***
Checkmarks	+ Checkmarks (in any of these 7 columns)		= *Send to Consult **highlight row***

*この場合、アレルギーとは、この人が、この投薬の後で、呼吸困難や心臓停止を経験したことを言います。

1．**テトラサイクリン系の薬のリスト**：デメクロサイクリン（デクロマイシン）：ドキシサイクリン（アドクサ、アロドックス、アトリドックス、アビドックシ、ドリックス、ドキシ、モノドックス、オクドックス、オラセア、オラキル、ペリオスタット、ビブラミシン）；ミノシクリン（アレチン、ダイナシン、ミノシン、ソロダイン、ヒミノ）

2．キノロン系薬のリスト：シプロフロサキシン（シプロ）、ガチフロサキシン（テキン）；レボフロサキシン（レバキン）；モキシフロサキシン（アベロックス）；ナジフロサキシン（アクアティム）；ノルフロサキシン（ノロキシン）；オフロサキシン（フロキシン）

Last Update：*7-30-19*