

# お薬を安全に使って頂くために

患者様により安全にお薬を使って頂くためにお伺いします。この情報は個人情報保護法に基づき適正に使用いたします。

【記入日】 令和 年 月 日

フリガナ	性別	生年月日
お名前	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	<input type="checkbox"/> 女性	年 月 日生まれ
ご住所 (〒 - )		
TEL( )		
今回の症状を簡単にお知らせください。		
分かる範囲で構いませんので、下記の質問であてはまるものにチェックを入れてください。		
他の診療科にかかっていますか？		
<input type="checkbox"/> いいえ		
<input type="checkbox"/> はい ⇒ 診療科の名称:		
今回のお薬以外に服用、または使っているお薬はありますか？(市販薬も含む)		
<input type="checkbox"/> いいえ		
<input type="checkbox"/> はい ⇒ お薬の名前		
<input type="checkbox"/> 名前は分からない		
体質についてお聞かせください。		
<input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> 鼻炎 <input type="checkbox"/> 胃が弱い <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 肩こり <input type="checkbox"/> 腰痛		
<input type="checkbox"/> 不眠症 <input type="checkbox"/> その他:		
<input type="checkbox"/> 特にない		
アレルギーはありますか？		
薬	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい ⇒ <input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> かぜ薬 <input type="checkbox"/> 痛み止め <input type="checkbox"/> 湿布
		<input type="checkbox"/> その他:
食べ物	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい ⇒ <input type="checkbox"/> たまご <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 小麦
		<input type="checkbox"/> その他:
お薬で副作用が起きた経験はありますか？		
<input type="checkbox"/> いいえ		
<input type="checkbox"/> はい ⇒ (どの薬でどんな症状でしたか?)		
お薬が影響を与えることがあります。日常生活であてはまることはありますか？		
<input type="checkbox"/> 車・バイクの運転 <input type="checkbox"/> 機械の操作 <input type="checkbox"/> 高い所での作業		
<input type="checkbox"/> 視力使用作業 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 飲酒		
<input type="checkbox"/> その他:		
<input type="checkbox"/> 特にない		
★女性の方へ	現在妊娠中または授乳中の方はお申し出ください。	
	<input type="checkbox"/> 妊娠中 ( kg)	<input type="checkbox"/> 授乳中
★15歳未満の方	体重を記入して下さい。( kg)	
当薬局では、後発医薬品(ジェネリック医薬品)を推奨しています。		
希望しない場合はお申し出ください。		
その他、薬局で配慮してほしいことやお薬について気になることがあればご記入下さい。		

ご協力ありがとうございました。