

## お薬を安全に服用していただくために、

☆患者様の「体質」「併用薬」等をお伺いしております。

なお、お答えいただいた「個人情報」に関しましては、薬局業務以外には使用いたしません。

上記の内容についてご同意いただけましたら、以下のご記入をお願い致します。

お名前 \_\_\_\_\_ 日中連絡のとれるお電話番号 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

ご住所 〒 \_\_\_\_\_

- ① 後発品調剤を希望されますか。  
希望する \_\_\_\_\_ 希望しない \_\_\_\_\_
- ② 「アレルギー歴」についてお聞かせください  
ある ( 卵 ・ 牛乳 ・ 花粉 ・ 喘息 ・ アピー ・ その他 : \_\_\_\_\_ ) ・ ない \_\_\_\_\_
- ③ お薬を服用して「トラブル」は今までにありますか  
ある ( 薬品名 : \_\_\_\_\_ ) ・ ない \_\_\_\_\_
- ④ 「他の医療機関」を受診されていますか。お薬は処方されていますか。  
ある ( 病院名 : \_\_\_\_\_ 薬剤名 : \_\_\_\_\_ ) ・ ない \_\_\_\_\_
- ⑤ 現在「一般薬」・「健康食品」・「サプリメント」等を飲まれていますか  
ある ( 商品名 : \_\_\_\_\_ ) ・ ない \_\_\_\_\_
- ⑥ 「お薬手帳」はお持ちですか  
ある ・ ない ・ 今日持参していないが、家にはある
- ⑦ 「お車の運転」はされますか \_\_\_\_\_ する ・ しない
- ⑧ 「喫煙」はされますか \_\_\_\_\_ する ・ しない
- ⑨ 「飲酒」はされますか \_\_\_\_\_ 毎日 ・ 時々 ・ 飲まない
- ⑩ 「睡眠」についてお尋ねします  
眠れている ・ 寝つきが悪い ・ 途中で目が覚めることがある ・ 眠れていない
- ⑪ 「食欲」はありますか  
ある ・ ない
- ⑫ 「排便」はありますか  
ある ・ ない
- ⑬ 「排尿」はありますか  
ある ・ ない
- ⑭ お薬について、ご質問・ご要望などがありましたら  
お書きください



・ 女性のみお答えください → 妊娠中 ・ 授乳中 ・ 妊娠の可能性あり ・ 該当なし