

## 처음 온 국하신 분에

답변 해 주신 내용은 환자에 대한 조제 업무에만 이용하겠습니다. 고객 예고없이 제삼자에게 개인 정보를 공개·제공하는 것은하지 않습니다. 개인 정보 보호법을 준수합니다.

후리가나 이름		남자 여자	소아쪽으로 체중 kg	제네릭 의약품  <input type="checkbox"/> 희망 <input type="checkbox"/> 희망하지 <input type="checkbox"/> 설명 희망
생년월일	(메이지·다이쇼·쇼·헤세이)      년      달      일			
주소	〒      -			
전화 번호	연락처 (      )			

~~마시 맞춤이나 질병에주의하여 복용하는 약이 있으므로 지장이없는 범위에서 대답.~~  
 오늘의 진찰 이외에 현재 치료중인 질병 치료 약물이 있습니까?

오늘의 진찰 이외에 현재 치료중인 질병 치료 약물이 있습니까?

- 없다    있다
- 고혈압    당뇨    이상 지질 혈증    고요 산혈증 (통풍)    뇌 질환    심장 질환    간 질환  
 신장 질환    비뇨기과 질환    위·십이지장 궤양    호흡기 질환 (천식 etc)    백내장  
 녹내장    기타 (      )
- 약의 이름을 알면세요. 약 수첩을 가지고 계신 분은 발표를 부탁드립니다.

오늘 처방 된 약 이외에 사용하는 일반 의약품이 있습니까?

- 없다    있다
- 감기약    위장약    진통제    비타민    기타 (      )

지금까지 약이 몸에 맞지 않았던 것이 있습니까?

- 없다    있다
- 설사    복통    습진    호흡이 어려워진    졸음    염증    기타(      )  
 약의 이름을 알면세요.

당신의 체질에 해당되는이 있습니까?

- 식품 알레르기   [  달걀    유제품    밀    결에    물고기    새우    계    기타 (      ) ]  
 알레르기 체질   [  아토피    비염    꽃가루 알레르기    천식    두드러기    기타 (      ) ]  
 위가 약한    설사하기 쉬운    변비 경향    피부가 약한    기타 (      )

생활 습관      ~~약의 사용에 관계 할 수 있으므로 가능한 한 대답.~~

					
담배	술	운전	일 환경	여성	주의
<input type="checkbox"/> 피우지	<input type="checkbox"/> 마시지	<input type="checkbox"/> 하지	<input type="checkbox"/> 고소 작업	<input type="checkbox"/> 임신	<input type="checkbox"/> 귀가 먼
<input type="checkbox"/> 않는다	<input type="checkbox"/> 않는다	<input type="checkbox"/> 하기	<input type="checkbox"/> 기계 조작	(      개월)	<input type="checkbox"/> 필담 희망
<input type="checkbox"/> 빨아	<input type="checkbox"/> 한잔		<input type="checkbox"/> 야근	<input type="checkbox"/> 수유중인	<input type="checkbox"/> [      ]

협조 해 주셔서 감사합니다.

(주) 스프란 \_\_\_\_\_ 약국