

## 初めて来局された方へ

ご回答いただいた内容は、患者様への調剤業務に限って利用させていただきます。お客様の断りなく第三者に個人情報を開示・提供することはいたしません。個人情報保護法を遵守いたします。

ふりがな 氏名		男 女	小児の方へ 体重 kg	<b>ジェネリック医薬品</b> <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 説明希望
生年月日	(明・大・昭・平) 年 月 日			
住所	〒 ー 都・道・府・県 市・郡			
電話番号	自宅 ( ) 連絡先 ( )			

~~飲み合わせや病気に注意して服用するお薬がありますので、差し支えない範囲でお答えください。~~  
 本日はどのような症状でおかかりですか？

本日の受診以外に、現在治療中の病気・治療薬はありますか？

- ない     ある  
 高血圧    糖尿病    脂質異常症    高尿酸血症(痛風)    脳外科疾患    心疾患    肝疾患  
 腎疾患    泌尿器疾患(前立腺肥大 etc)    胃・十二指腸潰瘍    呼吸器疾患(喘息 etc)    白内障  
 緑内障    その他 ( )

お薬のお名前がわかればお書きください。お薬手帳をお持ちの方は提示をお願いいたします。

本日処方されたお薬以外に使用している市販薬はありますか？

- ない     ある  
 風邪薬    胃腸薬    鎮痛剤    ビタミン剤    その他 ( )

今までにお薬が体に合わなかったことがありますか？

- ない     ある  
 下痢    胃痛    湿疹    呼吸が苦しくなった    眠気    かぶれた    その他 ( )  
 お薬のお名前がわかればお書きください。

あなたの体質にあてはまるものはありますか？

- 食物アレルギー    [  卵    乳製品    小麦    そば    魚    エビ・カニ    その他 ( ) ]  
 アレルギー体質    [  アトピー    鼻炎    花粉症    喘息    蕁麻疹    その他 ( ) ]  
 胃が弱い    下痢しやすい    便秘がち    皮膚が弱い    その他 ( )

**生活習慣**    ~~お薬の使用に関係することがありますので、できる限りお答えください。~~

					
たばこ	お酒	車の運転	仕事環境	女性の方	注意
<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する	<input type="checkbox"/> 高所作業 <input type="checkbox"/> 機械操作 <input type="checkbox"/> 夜勤	<input type="checkbox"/> 妊娠 ( 月 ) <input type="checkbox"/> 授乳中	<input type="checkbox"/> 耳が遠い <input type="checkbox"/> 筆談希望 <input type="checkbox"/> [                      ]

ご協力ありがとうございました。

(株)すずらん