

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	ジェネリック医薬品 <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