







患者さんの状況を把握し安全にお薬をお使いいただくための記録です

記入日 令和 年 月 日

フリガナ			
お名前	お子様の場合は体重をご記入下さい。( kg)		(男・女)
ご住所	〒		
電話番号	生年月日	大・昭・平	
携帯電話番号	緊急連絡先	TEL 氏名	

ジェネリック医薬品を希望されますか？	はい・いいえ
アレルギー体質ですか？ 	はい・いいえ ⇒ 喘息・アトピー・花粉症 ⇒ たまご・牛乳・青魚・他( )
今までお薬を飲んで、副作用が出た経験などがありますか？	はい・いいえ ⇒ 具体的には？ 薬名 ( ) 症状 ( )
下記の病気にかかったことはありますか？ ①高血圧症 ②糖尿病 ③緑内障 ④肝臓病 ⑤腎臓病⑥胃・十二指腸潰瘍 ⑦前立腺肥大 ⑧その他( )	過去に  現在
他に飲んでいるお薬や健康食品、他の医療機関の受診などがありますか？ 	はい・いいえ 医療機関( ) 併用薬 ( )
生活やお仕事の環境であてはまるものはありますか？ 	●お酒は飲みますか？ (はい・いいえ) ●タバコは吸いますか？ (はい・いいえ)  ●車の運転 (する・しない) ●危険な作業 (する・しない)
★女性の方へ★ 妊娠中、または授乳中ですか？ 	はい・いいえ ⇒ 妊娠中・授乳中 ( 月)

ご協力ありがとうございました。

のぞみ薬局