

記入日 月 日

## 初めて来局された方へ

お薬手帳

当薬局では、お薬を安全に服用して頂くために、患者さんひとりひとりの体質やアレルギー歴を記録して調剤に役立てたいと思っております。アンケートにご協力をお願いします。

(フリガナ) お名前	男 女	T・S H・R	年 月 日生
ご住所 〒 (マンション・アパート名)	電話番号 ( ) - 携帯番号 - -		
ジェネリック薬品について	可 ・ 不可		
※コンタクト使用の方のみ コンタクトレンズの種類	ハード ・ O2 ・ ソフト 使い捨て (1 day ・ 2週間以上)		
本日はどのような症状でおかかりですか？	病名・症状 ( )		
他の診療科にて治療を受けている疾患、 症状を教えてください。(既往歴など) (該当するものを○で囲んでください)	消化性潰瘍 ・ 不整脈 ・ 高血圧 ・ 緑内障 ・ てんかん 高脂血症 ・ 狭心症 ・ 糖尿病 ・ 関節リウマチ ・ 喘息 心筋梗塞 ・ その他 ( )		
現在、他の病院やお薬や、薬局で買った お薬、健康食品を服用していますか？	<input type="checkbox"/> 併用薬なし <input type="checkbox"/> 併用薬あり (お薬手帳持参) <input type="checkbox"/> 併用薬あり (お薬手帳なし：薬品名 )		
食べ物でアレルギー症状が 出たことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 卵 ・ 牛乳 ・ 小麦 ・ そば ・ 落花生 エビ ・ カニ ・ その他 ( )		
お薬による副作用の経験はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (薬品名： )		
ご自分の体質に当てはまるものは ありますか？ (該当するものを○で囲んでください)	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> ある ⇒具体的に…冷え性・アトピー・喘息・下痢しやすい・便秘しやすい 化膿しやすい・花粉症・疲れやすい・胃が弱い・風邪ひきやすい・眠れない		
12歳以下のお子様へ	体重は何kgありますか？ 約( )kg		
女性の方へ	<input type="checkbox"/> 妊娠中 ( ヶ月) 予定日 (令和 年 月 日)		
現在、妊娠中または授乳中ですか？	<input type="checkbox"/> 授乳中		
今回、受診された診療科以外にも受診 されていますか？ (該当するものを○で囲んでください)	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 内科・消化器科・循環器科・泌尿器科・整形外科・耳鼻咽喉科・皮膚科 眼科・精神科・心療内科・小児科・その他 ( )		
お薬は飲み忘れが無く服用できますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
お薬は正しく服用するほうですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
お薬を飲むときに何か困ることありますか？	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 薬情・薬袋の文字が見えない <input type="checkbox"/> 手が不自由 <input type="checkbox"/> 粉薬が飲めない <input type="checkbox"/> カプセルが飲めない <input type="checkbox"/> 薬の飲み方がわからない <input type="checkbox"/> その他 ( )		
よく摂取する飲食物や嗜好品がありますか？ (該当するものを○で囲んでください)	<input type="checkbox"/> 特になし コーヒー・お茶(玉露)・グレープフルーツジュース・納豆・タバコ アルコール(毎日)・アルコール(時々)・その他 ( )		
生活やお仕事の環境について当てはまる ものはありますか？	食事は規則的にとれていますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 車やバイクの運転をよくしますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 危険な作業や高所作業を行いますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
起床時間・就寝時間は何時ですか？	起床( )時 ・ 就寝( )時		
主な生活の時間帯はどちらですか？	昼間 ・ 夜間 ・ 不規則		
食事の時間は何時頃ですか？	朝( )時 ・ 昼( )時 ・ 夕( )時		
何を見て来局されましたか？	<input type="checkbox"/> 眼科の近くだから <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> 知人/家族からの紹介(紹介者： )		

アンケートにご協力いただきありがとうございました。薬局は患者様の個人情報保護に全力で取り組んでいます。

お体のことについて、気になることがございましたら、薬剤師までお気軽にご相談ください。

戸塚安行駅前薬局