

当薬局では、薬を有効かつ安全に服用していただけるように、患者様お一人ずつに「お薬のカルテ＝薬歴」を作成しています。以下のアンケートにご協力下さい。

ふりがな お名前	(男・女)	明・大・昭・平	年	月	日生
住所	電話番号				
薬の副作用について	今までに薬で副作用を経験されたことはありますか？ 1. ある 2. ない				
	どのような症状をおこされましたか？ 湿疹 かゆみ 発熱 下痢 その他() 薬の名前がおわかりになればお書きください。 ()				
体質(アレルギー)について	アレルギー体質ですか？ 1. ある 2. ない				
	たまご 牛乳 花粉症 ほこり 動物 アトピー ぜんそく その他()				
他科受診について	今、本日処方箋を持参された以外の医療機関を受診されていますか？ 1. 受診している 2. 受診していない				
	受診診療科 眼科 耳鼻科 歯科 整形外科 外科 整骨院 小児科 内科 婦人科 その他() お薬はもらっていますか？ 1. もらっている 2. もらっていない 薬の名前()				
市販薬について	まちの薬局・薬店などで買って飲んでいる薬、健康食品、漢方薬などはありますか？ 1. ある 2. ない				
	いたみどめ かぜ薬 胃腸薬 整腸剤 便秘薬 ビタミン剤 健康食品 ドリンク剤 漢方薬 目薬 その他() 薬の名前がわかれば書いてください()				
日常生活について	1. 食事時間が不規則 2. 食事を3食とらない 3. 車・バイクを運転する 4. その他() 5. なし				
たばこ	1. 吸う(本/日) 2. 吸わない				
アルコール	1. 毎日飲む 2. つきあい程度飲む 3. まったくのまない				
女性の方へ	1. 妊娠中 2. 授乳中 3. 特になし				
薬の形でのみづらい形はありますか？	1. 錠剤 2. こなぐすり 3. 水薬 4. カプセル 5. その他() 6. なし				
当薬局では、ご希望の方にお薬の説明書やお薬の手帳をお渡ししています。 1. 手帳・説明書を希望する 2. 説明書のみ希望する 3. 希望しない					

ご記入ありがとうございました。

<個人情報について> ご記入いただいた個人情報は安全かつ厳密に管理いたします。

個人情報はお薬を安全に使用していただく目的のみに使用します。

個人情報は第三者に開示・提供・預託することはありません。

ご不明な点は薬剤師までお尋ねください。

記入日 年 月 日

薬剤師 印