

処方せんをお持ちになられた方へ

ご記入いただく情報はお薬を安全にご使用いただくために必要なものです。収集した情報を基に患者さまごとの薬歴(お薬の記録)を作成し、副作用の防止やアレルギーの確認、説明に利用します。また、収集いたしました情報は調剤以外の目的で使用することはありません。

ふりがな		生年月日	性別
お名前		暁・烜・暉・韃・翎・醜 年 月 日	男・女
住所	〒 -	15才未満の場合は身長・体重をご記入ください 身長: cm / 体重: kg	
連絡先	携帯 - -	自宅 - -	

国の方針に沿って原則、ジェネリック医薬品(後発医薬品)でご用意致します
(ご要望のある方は薬局従業員までお申し付けください)

お薬手帳はお持ちですか?お持ちの方は受付にお渡してください

※当薬局では電子お薬手帳も利用可能です。
初めて電子お薬手帳をご利用する場合は、スマートフォンで「ポケットファーマシー」のアプリ(無料)をインストールしてください。ご家族分もまとめて管理が可能です。

提出すみ・本日忘れた・作りたい(電子・紙)

以下、電子お薬手帳をご希望の方はご記入ください
※ポケットファーマシー利用の方 ⇒ 認証キー ()

▼今回、どのような症状で受診されましたか?症状または病名をご記入ください(簡単に結構です)

--

▼かかったことのある、または治療中の病気があれば✓をつけてください

<input type="checkbox"/> 脳梗塞	<input type="checkbox"/> てんかん	<input type="checkbox"/> 認知症	<input type="checkbox"/> 狭心症	<input type="checkbox"/> 不整脈	<input type="checkbox"/> 肝機能障害	<input type="checkbox"/> 腎機能障害
<input type="checkbox"/> 高血圧症	<input type="checkbox"/> 1型糖尿病	<input type="checkbox"/> 2型糖尿病	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 胃炎・消化性潰瘍	<input type="checkbox"/> 気管支喘息	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症
<input type="checkbox"/> 前立腺肥大症	<input type="checkbox"/> 緑内障	<input type="checkbox"/> 白内障	<input type="checkbox"/> 鼻炎・花粉症	<input type="checkbox"/> その他〔	〕	

▼アレルギーをお持ちの方は✓をつけてください

<input type="checkbox"/> 卵	<input type="checkbox"/> 牛乳	<input type="checkbox"/> アルコール	<input type="checkbox"/> ヨード	<input type="checkbox"/> その他〔	〕	
----------------------------	-----------------------------	--------------------------------	------------------------------	-------------------------------	---	--

▼当てはまるものに✓をつけてください

お薬の大きな副作用が起きたことがある	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい [内容:]			
他の病院や薬局でお薬をもらっている	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい [薬剤名:]			<input type="checkbox"/> 手帳記載あり
市販薬やサプリメント・漢方薬などを飲んでいる	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい [名称:]			
【女性の方のみ】妊娠中または授乳中である	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい [妊娠	週目/予定日	月	日]	<input type="checkbox"/> 授乳中
<input type="checkbox"/> お酒をたまに飲む	<input type="checkbox"/> お酒を毎日飲む	<input type="checkbox"/> 運転をする	<input type="checkbox"/> 喫煙をする [1日	本]		
<input type="checkbox"/> 高所作業・危険な機械の操作をする	<input type="checkbox"/> 危険なスポーツをする	<input type="checkbox"/> 食事が不規則				
良く摂取するもの ⇒	<input type="checkbox"/> 乳製品	<input type="checkbox"/> コーヒー	<input type="checkbox"/> 納豆	<input type="checkbox"/> グレープフルーツ		
<input type="checkbox"/> かみやすい	<input type="checkbox"/> 便秘がち	<input type="checkbox"/> 下痢しやすい	<input type="checkbox"/> 胃が弱い			

▼当てはまるものに✓をつけてください

<input type="checkbox"/> 甘いものをよく食べる	<input type="checkbox"/> 脂っぽいものをよく食べる	<input type="checkbox"/> 塩気の強いものが好き	<input type="checkbox"/> 夕食後すぐに就寝
<input type="checkbox"/> 間食が多い	<input type="checkbox"/> 朝食を抜くことが多い	<input type="checkbox"/> 食べるのが早い	<input type="checkbox"/> あまり運動をしない

▼苦手な形状のお薬があれば教えてください

<input type="checkbox"/> 粉	<input type="checkbox"/> シロップ	<input type="checkbox"/> カプセル	<input type="checkbox"/> 錠剤
----------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-----------------------------

▼眼科受診の方のみ コンタクトレンズは使用中ですか?

<input type="checkbox"/> ハード	<input type="checkbox"/> ソフト	<input type="checkbox"/> ワンデー	<input type="checkbox"/> 2WEEK	<input type="checkbox"/> カラーコンタクト	<input type="checkbox"/> 使用していない
------------------------------	------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------

当薬局は、WEMEX(株)及び(株)カケハシの調剤システムを利用し、データ管理を適切に行なっております。