

为了安全有效地服用药物，我们将为您建立一个药历手册。请回答以下问题。您的个人信息不会用于其它目的。

注音（假名或拼音）		性 别
姓 名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
出生年月	年 月 日	电话号码
住 址	〒	
日 语 程 度	<input type="checkbox"/> 能交流理解	<input type="checkbox"/> 简单交流 <input type="checkbox"/> 零基础

※仿制药是原研药（新药）的专利保护期过后而生产的药物。与原研药（新药）具有同样的有效成分和含量，具有同样的效果。因不需要新药的开发费用，所以药价便宜。

(1) 希望使用仿制药吗？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
(2) 有药历手册吗？（有的话请您出示）	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 无
(3) 服药或注射之后，有过出疹，恶心症状吗？	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 吡唑啉酮系列的止痛药 <input type="checkbox"/> 抗生素 <input type="checkbox"/> 麻醉药 <input type="checkbox"/> 其它 <input type="checkbox"/> 无
(4) 除服药以外，有其它过敏吗？	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 鸡蛋 <input type="checkbox"/> 牛奶 <input type="checkbox"/> 青花鱼 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 花生 <input type="checkbox"/> 花粉 <input type="checkbox"/> 灰尘 <input type="checkbox"/> 动物 <input type="checkbox"/> 其它 () <input type="checkbox"/> 无
(5) 日常是否服药或服用保健品或食用健康食品吗？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 心脏病药 <input type="checkbox"/> 肝脏病药 <input type="checkbox"/> 高血压药 <input type="checkbox"/> 糖尿病药 <input type="checkbox"/> 肾脏病药 <input type="checkbox"/> 安眠药 <input type="checkbox"/> 止痛药 <input type="checkbox"/> 治疗消化系统溃疡的药 <input type="checkbox"/> 其它 () <input type="checkbox"/> 否
(6) 既往病史	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 高血压 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂质代谢异常 <input type="checkbox"/> 心脏病 <input type="checkbox"/> 青光眼 <input type="checkbox"/> 前列腺肥大 <input type="checkbox"/> 胃·十二指肠溃疡 <input type="checkbox"/> 肝脏病 <input type="checkbox"/> 肾脏病 <input type="checkbox"/> 哮喘 <input type="checkbox"/> 其它 () <input type="checkbox"/> 无
(7) 有嗜好的食物或饮料吗？	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 酒 <input type="checkbox"/> 香烟 <input type="checkbox"/> 咖啡 <input type="checkbox"/> 牛奶 <input type="checkbox"/> 其它 <input type="checkbox"/> 无
(8) 驾驶车辆或摩托车吗？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
(9) 用餐时间	早上_____点 中午_____点 晚上_____点	
(10) 睡眠时间	_____点~_____点 约_____个小时	
(11) 女性： 是否妊娠或是哺乳中	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 预产期 (年 月左右) <input type="checkbox"/> 哺乳中 (婴儿月龄_____) <input type="checkbox"/> 否

感谢您的配合！ (填写日: 年 月 日)

西淀川区药剂师会
に～よん地域包括ケアシステム委員会