

お薬を安全に服用いただくため、あなたのお薬についての記録を作成しております。  
 お手数ですが、以下のご質問にお答えください。※個人情報を使用目的以外には利用いたしません。

ふりがな				性別
氏名				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	M T S H	年	月	日
住所	〒 -			電話番号

(1) ※ジェネリック医薬品で調剤してもよろしいでしょうか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
(2) お薬手帳をお持ちですか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
(3) お薬の服用や注射後に、発疹や気分が悪くなったことはありますか？	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ピリン系鎮痛剤 <input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> 麻酔薬 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> ない
(4) お薬以外でアレルギーを起こしたことはありますか？	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> サバ <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> ピーナッツ <input type="checkbox"/> 花粉 <input type="checkbox"/> ほこり <input type="checkbox"/> 動物 <input type="checkbox"/> その他 (                      )	<input type="checkbox"/> ない
(5) 日頃から飲んでいるお薬や健康食品、サプリメントなどはありますか？	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 心臓病薬 <input type="checkbox"/> 肝臓病薬 <input type="checkbox"/> 高血圧薬 <input type="checkbox"/> 糖尿病薬 <input type="checkbox"/> 腎臓病薬 <input type="checkbox"/> 睡眠薬 <input type="checkbox"/> 鎮痛剤 <input type="checkbox"/> 消化管潰瘍治療薬 <input type="checkbox"/> その他 (                      )	<input type="checkbox"/> ない
(6) 今までに、かかった病気がありますか？	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> 胃・十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> その他(                      )	<input type="checkbox"/> ない
(7) 好んで、よく口にされるものがありますか？	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 酒 <input type="checkbox"/> たばこ <input type="checkbox"/> コーヒー <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> ない
(8) 車、バイクの運転をしますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
(9) いつもはどのぐらいの時間に食事をしますか？	朝_____時 昼_____時 夕_____時		
(10) いつもの睡眠時間と就寝時間は？	_____時間 _____時～_____時		
(11) 女性の方に確認します。 妊娠もしくは授乳されていますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 妊娠中 ( 予定日 年 月頃 ) <input type="checkbox"/> 授乳中 ( 乳児の月齢 )	<input type="checkbox"/> いいえ

※ジェネリック医薬品とは、新薬の特許が切れた後に製造販売される、新薬と同じ有効成分を同一量含み、同等の効能効果をもつ医薬品です。新薬開発費が必要ない分、お薬代が安く設定されています。

ご協力ありがとうございました (記入日: 年 月 日 )

西淀川区薬剤師会  
 に～よん地域包括ケアシステム委員会