

En nuestra farmacia, para seguridad y bienestar de ustedes. Hacemos un historial de los medicamentos ingeridos.

Por favor responda a las siguientes preguntas que solo serán usados para este fin y serán guardadas en

Para aplicar por favor cheque. Si se puede no escribir en Japón, gracias a Roman.

| | | | | |
|--------------------------|--|--|--|----------|
| Nombre | | | SEXO | |
| | | | Masculino | Femenino |
| Fecha de nacimiento | Número de teléfono celular | | | |
| Dirección | 〒 _____ - _____ | | | |
| Sobre la lengua de Japón | <input type="checkbox"/> Capaces de entender | <input type="checkbox"/> Se puede entender un poco | <input type="checkbox"/> No puede entender | |

| | | | | |
|--|-----------------------------|---|---|-----------------------------|
| (1) ¿Tiene esperanzas de medicamento genérico? | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no | | |
| (2) ¿Tiene seguro de salud? | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no | | |
| (3) Después de tomar su medicamento o inyección, ¿Te erupción y se sienten mal? | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> analgésicos <input type="checkbox"/> antibióticos <input type="checkbox"/> antihistamínicos <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> no | |
| (4) ¿Tiene alergia dejado aparte de medicina? | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> huevo <input type="checkbox"/> leche <input type="checkbox"/> saba <input type="checkbox"/> soya <input type="checkbox"/> Cacahuete <input type="checkbox"/> polen <input type="checkbox"/> porvo <input type="checkbox"/> animal <input type="checkbox"/> Otro () | <input type="checkbox"/> no | |
| (5) alimentos medicina y la salud están bebiendo diariamente, ¿Tiene este tipo de suplementos? | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> cardiopatía <input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/> analgésico <input type="checkbox"/> Otro () | <input type="checkbox"/> enfermedades hepáticas <input type="checkbox"/> hipertensive <input type="checkbox"/> nefropatía <input type="checkbox"/> somnifero <input type="checkbox"/> tratamiento de la úlcera gastrointestinal | <input type="checkbox"/> no |
| (6) ¿Qué enfermedades ha padecido? | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> hipertension <input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/> Dislipidemia <input type="checkbox"/> enfermedad <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Hipertrofia prostática <input type="checkbox"/> Úlceras gástricas y duodenales <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática <input type="checkbox"/> asma <input type="checkbox"/> Otro () | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> no |
| (7) ¿Usted puede preferir que la boca bien es? | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> alcohol <input type="checkbox"/> tabaco <input type="checkbox"/> café <input type="checkbox"/> leche <input type="checkbox"/> Otro | | <input type="checkbox"/> no |
| (8) ¿Maneja un coche o un moto? | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no | | |
| (9) ¿Cuánto de tiempo la comida? | | Mañana _____ En _____ | Día _____ En _____ | Noche _____ |
| (10) ¿El tiempo de sueño habitual y antes de dormir? | | _____ Tiempo _____ | En ~ _____ | En _____ |
| (11) Comprobación para las mujeres ¿Embarazadas o está amamantando? | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> durante el embarazo (Fecha de parto Mes Ano) <input type="checkbox"/> la lactancia materna (¿La edad de la lactancia materna?) | | <input type="checkbox"/> no |

* Producción comercializada después de patentes de fármacos y medicamentos genéricos, nuevos fármacos con el mismo ingrediente activo como volumen 1, incluyendo Es una droga con efectos beneficiosos similares. Costes de desarrollo de nuevos medicamentos no son necesarios y medicina barata conjunto.

Muchas gracias por tu ayuda (Escrito día mes año)

Nishiyodogawa-Ku, Asociación de farmacéuticos
 に～よん地域包括ケアシステム委員会