

患者さんの状況を把握し安全にお薬をお使いいただくための記録を作成します。
下記のアンケートにご協力ください。

フリガナ			
お名前	(男 ・ 女)		
	体重	k g	
ご住所	〒		
電話番号	携帯番号		

ジェネリック医薬品を希望されますか？ ※ジェネリック医薬品とは、先発医薬品と同じ有効成分で、 効き目、品質、安全性が同等 であると国から認められたお薬です。先発医薬品よりも価格が低く設定されています。当薬局でも多くの患者様をご希望されています。	希望する ・ どちらでも良い ・ 希望しない
お薬手帳をお持ちですか？ ※既にお持ちの方はお出しください	持っている ・ 持っていない(不要) 持っていない(作成希望) ・ お薬手帳アプリ
アレルギー体質ですか？	特になし 卵 牛乳 アトピー 喘息 青魚 花粉症 その他()
お薬でのトラブルはありますか？	特になし あり ⇒ 薬の名前・いつ・症状など具体的には？
現在治療中、これまでに治療した疾患などがありますか？	特になし 高血圧 糖尿病 緑内障 肝臓病 前立腺肥大 腎臓病 胃・十二指腸潰瘍 その他()
今日の薬以外に通っている病院、使っている薬はありますか？ 	特になし あり ⇒ 病院名・薬の名前・市販の薬・サプリメント 健康食品など具体的には？
普段よく摂取する嗜好品はありますか？	特になし たばこ アルコール 牛乳 納豆 グレープフルーツジュース
日常よくする動作はありますか？	特になし 車・バイクの運転 機械の操作 高所での作業
薬を飲むときに困ること、 薬局に対する希望はありますか？	
介護保険制度を利用していますか？ 利用している場合、ケアマネジャーの情報を ご記入ください。	はい ・ いいえ (事業所名：) (名前：)
女性の方に伺います。 妊娠や授乳をしていますか？	なし 妊娠を希望している 妊娠中(予定日 年 月 日) 授乳中(誕生日 年 月 日)

渡し間違い防止の為お名前をお呼びしますが、お名前を呼ばないことを希望される方はお申し出ください。

ご協力ありがとうございました。

天池ホーム薬局