問診票

（患者様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です）

ジェネリック医薬品希望 （主成分が同じで価格の安いジェネリック医薬品への希望を確認します）	① 希望する　② どちらでも良い　③ 希望しない （②③に該当された方へ　あてはまるものに〇をつけてください） ・医師にすすめられなかったから ・品質に不安があるから ・よくわからないから　・その他（　）
お薬手帳	① 持っている　② 持っていない
薬剤師の希望	① 毎回、同じ薬剤師に対応してほしい　② 特に希望しない 男性、女性の薬剤師など指名したい場合はお気軽にお尋ねください 別途、負担割合に応じて追加料金が発生する可能性があります
アレルギー	① 特になし　② ・卵　・牛乳　・アトピー　・喘息 ・青魚　・花粉症　・その他（　）
薬によるトラブル	① 特になし ② あり⇒薬の名前・いつ症状など具体的には？ （　）
今日の薬以外に使っている薬	① 特になし ② あり⇒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？ （　）
現在治療中 これまでに治療した疾患など	① 特になし　②・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　・その他（　）
普段よく摂取する嗜好品	① 特になし ②・たばこ　・アルコール　・牛乳　・グレープフルーツジュース
日常よくする動作	① 特になし ②・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事 薬局に対する希望など	
４０歳以上の方のみ伺います	
介護認定	① 介護認定を受けている　②介護認定を受けていない

女性のみ伺います	
妊娠と授乳	① なし ② 妊娠を希望している ③ 妊娠中（予定日　年　月　日） ④ 授乳中（誕生日　年　月　日）

フリガナ お名前	生年月日：大正・昭和・平成 年　月　日
〒　－ ご住所：	ご連絡先： －　－
	体重：（10 歳未満の方だけ）　kg

ご協力ありがとうございました。お薬に関してお伝えしたいことがある場合は、ご連絡させていただきます。