

フリガナ			【男・女】
お名前			
ご住所	〒 ー ー		
電話番号	ー ー	生年月日 西暦 年 月 日	年齢 歳
かかりつけ薬剤師はいますか？	いいえ ・ はい（薬局名: ）		
今回どのような症状で受診されましたか？	発熱／咳／鼻水／痛み／腫れ／皮膚症状／消化器症状／その他（ ）		
今日受診した診療科はどこですか？	内科／整形外科／皮膚科／耳鼻科／外科／小児科／眼科 その他（ ）		
いつからその症状はありますか？	_____		
アレルギーをお持ちですか？	はい・いいえ ⇒ ①喘息②アトピー③花粉症 ⇒ ①たまご②牛乳③青魚 ④その他（ ）		
体質で当てはまるものはありますか？	⇒ ①胃弱②便秘③下痢④敏感肌 ⑤その他（ ）		
今までお薬を服用、もしくは使用して、 具合が悪くなった事がありますか？	はい・いいえ 副作用が出た医薬品： 副作用の症状：		
右記の病気にかかったことはありますか？	はい・いいえ ①高血圧症②糖尿病③緑内障④肝臓病⑤腎臓病⑥脳梗塞 ⑦心不全⑧狭心症⑨胃潰瘍⑩十二指腸潰瘍⑪脂質異常症 ⑫その他()		
他に使用しているお薬や健康食品、 他の医療機関でもらっている薬などがありますか？ ＊お薬手帳をお持ちの方は省略して下さい	はい・いいえ 医療機関名： 薬名：		
薬を飲むときに何か困ることはありますか？	はい・いいえ ①錠剤②カプセル③粉④シロップが飲めない ⑤その他()		
生活やお仕事の環境で あてはまるものはありますか？	・規則正しく食事をしていますか？ 【 はい ・ いいえ ⇒1日____回/朝・昼・夕】 ・お酒は飲みますか？ 【 はい⇒ 毎日 ・ 時々 ・ いいえ 】 ・タバコは吸いますか？ 【 はい⇒ 1日の本数____本 ・ いいえ 】 ・コーヒー等カフェインを含む飲み物を飲みますか？ 【 はい⇒ 毎日 ・ 時々 ・ いいえ 】 ・車の運転はしますか？ 【 はい ・ いいえ 】 ・妊娠中ですか？ 【 はい⇒ 妊娠 カ月 ・ いいえ 】 授乳中ですか？ 【 はい ・ いいえ 】		
当薬局では、患者様に安心してお薬をお使いいただけるよう、かかりつけ薬剤師として継続的にサポートさせていただいております。 当薬局の薬剤師によるかかりつけ対応にご同意いただける場合は「同意する」に○をお付けください。 すでに他にかかりつけ薬剤師をお持ちの場合や、ご希望されない場合は「同意しない」に○をお付けください。	同意する ・ 同意しない		

☆当薬局では主にジェネリック医薬品で調剤させていただきます

先発医薬品ご希望の方はお声掛け下さい。ご相談の上ご対応させていただきます。

ご協力ありがとうございました

中央薬局
早稲田の杜薬局

