

フリガナ						【男・女】
お名前						
ご住所	〒 ー					
電話番号	ー ー		生年月日	西暦 年 月 日	年齢	歳
本日受診された理由・症状をご記入ください。			☐ ニキビ ☐ 赤み・炎症 ☐ 乾燥 ☐ アレルギー性皮膚炎 ☐ アトピー ☐ かゆみ ☐ あざ ☐ 円形脱毛症 ☐ 薄毛・抜け毛 ☐ 多汗 ☐ 巻き爪 ☐ 更年期障害 ☐ 施術後のトラブル ☐ その他 _____			
その症状はいつからですか？			_____			
アレルギーをお持ちですか？			はい・いいえ ⇒ ①喘息②花粉症③金属④紫外線 ⇒ 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その他 ()			
今までお薬を服用、もしくは使用して、副作用が出た事がありますか？			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片頭痛⑬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、または授乳中ですか？			はい・いいえ 妊娠中の場合、予定日⇒_____			
Q. 当店で今後、毎回同じ薬剤師が担当し、24時間お薬の相談ができる「かかりつけ薬剤師制度」の導入を予定しております。つきましては、将来の導入に向けて、まずは「あなた専任の担当薬剤師」としてお薬の準備やご案内を始めてもよろしいですか？ (※現時点では追加のお費用は一切かかりません。将来制度がスタートする際は、改めてご案内と同意をいただきます)			【はい】 【いいえ】			

☆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

R6.10/1より一部先発医薬品ご希望の方は自己負担金がかかる場合がございます。

詳しくはスタッフまでお声掛け下さい。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。

