

薬に関する質問表

この質問表は処方された薬を安全に使用していただくために行うものです。

この質問表をもとに、薬剤師が処方された薬をチェックします。ご協力をお願いします。

| | | | |
|-------|---|---------------|-----|
| ふりがな | | | |
| お名前 | 様 | 生年月日（明・大・昭・平） | 年 月 |
| 日 | | | |
| （満 才） | | | |
| 〒 | | | |
| ご住所 | | | |
| 電話番号 | （ | ） | — |

今回、受診されたきっかけや現在の症状など

| | |
|---------------|---|
| （おわかりであれば疾患名： | ） |
|---------------|---|

① 上記の他に治療中の疾患はありますか？

a. あり （疾患名：

）

b. なし

② 現在、使用中の薬（市販の薬を含む）、健康食品、サプリメントはありますか？

a. あり （商品名*：

）

b. なし

*商品名の記載してあるもの（お薬手帳やお薬の説明書など）をご提出いただける場合は空欄で結構です

③ 今までに薬による副作用を経験されたことがありますか？

a. あり （薬剤名：

症状：

）

b. なし

④ アレルギー体質はありますか？（アトピー、喘息、卵、牛乳、アルコール、花粉、ハウスダストなど）

a. あり （名称：

）

b. なし

⑤ 服用が難しい薬の形（剤形）はありますか？（錠剤、こな薬、みず薬、カプセルなど）

a. あり （剤形名：

）

b. なし

⑥ ジェネリック医薬品*への変更を希望しますか？ *ジェネリック医薬品：有効成分は同じで価格が下がります

a. 希望する

b. 希望しない

お薬手帳はお持ちですか？

a.持っている（持参してゐる・家にある）

b.持っていない

嗜好品について

該当する項目に○をご記入ください。

お酒 a.ほぼ毎日 b.週に2~3日程度 c.月に数回 d.飲まない
タバコ a.吸う（1日に 本程度） b.吸わない

女性の患者様へ

現在、該当する項目に○をご記入ください。

（ a.妊娠中 b.授乳中 c.妊娠・授乳なし）

15歳未満の患者様へ

現在の体重をご記入ください。（ kg）

ご協力ありがとうございました。