

初めて当薬局で調剤させていただく患者様へアンケート

ふりがな お名前	性別 男 ・ 女	12歳以下の方 kg	生年月日	大 ・ 昭 ・ 平
ご住所			電話番号	

◆お薬手帳はお持ちですか？ 持参している / 家にある / 新しく作りたい / 特に必要ない

◆ジェネリック(後発医薬品)への切り替えをご希望ですか？ はい / いいえ

◆本日受診した病院以外で、薬を処方されていますか？

ない / ある 病院名

薬品名

◆これまでに薬による副作用の経験はありますか？

ない / 薬品名 症状

◆食べ物・その他アレルギーはありますか？

ない / ある 食べ物 (卵 ・ 牛乳 ・ サバ ・ 大豆 ・ その他)
花粉 ・ ほこり (ハウスダスト) ・ 動物 ・ その他

◆今までにかかった病気はありますか 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心臓病 ・ ぜんそく ・ 緑内障 ・ 胃 ・ 十二指腸潰瘍
肝臓病 ・ 前立腺肥大 ・ その他

◆市販薬 ・ 健康食品 ・ サプリメントを飲んでいますか？

ない / ある

◆好んで、よく口にされるものはありますか？

お酒 ・ コーヒー ・ たばこ (1日 本)
牛乳 ・ お茶 ・ その他

◆車 ・ バイクの運転をされますか？

はい / いいえ

◆女性の患者様へ (該当するものに○をつけて下さい。)

妊娠中 (月) / 授乳中 (月児) / 妊娠の可能性あり

◆その他、薬局へご要望がございましたらご記入ください

☆来局予定日： 月 日

アイリス調剤薬局

※来局の際は

〒007-0843

・ 処方箋の原本 ・ 保険証 (受給者証がある方は受給者証) ・ お薬手帳
をお持ちの上来局お願い致します

札幌市東区北43条東8丁目1-5 レジデンスシア 1F
TEL : 011-299-6177 FAX : 0120-006-173

ここに書かれた情報は、「個人情報保護に関する法律」および「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し、患者様の服薬管理の目的のために使用させていただきます。これ以外の目的で使用することはありません。