

問診表 ☺

ふりがな _____

氏名 _____ 男 女

生年月日 大昭平令 年 月 日 _____ 才 体重 _____ kg

住 所 〒 _____

携帯電話 _____

☎ 固定電話 _____

1. 今日はどうされましたか。

いつから (_____)

どのような症状 (_____)

2. 現在、治療を受けている病気がありますか。

・はい { _____ } ・いいえ

飲まれているお薬 (_____ お薬手帳をお出し頂いてもけっこうです。) ・なし

3. 苦手なお薬があれば マルで囲んで下さい。

☺ ・錠剤 ・カプセル ・粉薬 ・かんぽう (・なし)

4. 今までの薬で気分が悪くなったり、体質にあわなかった薬がありますか。

・はい (何の薬で _____) ・いいえ

※ 卵アレルギー (有・無)

5. お薬が出た場合…

・ この一階の薬局に行く ・ 自宅近くの薬局や かかりつけ薬局に行く

6. 女性の方は 妊娠について

・ している (_____) 週 ・ していない ・ わからない ・ 授乳中