





患者さんの状況を把握し安全にお薬をお使いいただくための記録です

フリガナ			
お名前	(男・女)		
ご住所	〒		
電話番号		生年月日	

《高齢者用》

ジェネリック医薬品を希望されますか？	はい・いいえ
お薬手帳を希望されますか？ ★既にお持ちの方は一緒にお出してください	はい・いいえ
アレルギー体質ですか？	はい・いいえ ⇒ 喘息・アトピー・花粉症 ⇒ たまご・牛乳・青魚
今までお薬を飲んで、副作用が出た経験などがありますか？	はい・いいえ 薬品名⇒
右記の病気にかかったことはありますか？	はい・いいえ 高血圧症・糖尿病・緑内障・肝臓病・腎臓病・胃・十二指腸潰瘍・前立腺肥大、その他（ ）
他に飲んで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？	はい・いいえ 薬品名⇒
ご自分に当てはまる体質はありますか？	便秘しやすい・下痢しやすい・胃が弱い
生活やお仕事の環境であてはまるものはありますか？  	●食事は規則的ですか？ (はい・いいえ) ●納豆をよく食べますか？ (はい・いいえ) ●お酒は飲みますか？ (はい・いいえ) ●タバコは吸いますか？ (はい・いいえ) ●車の運転 (する・しない) ●危険な作業 (する・しない)
お薬の1包化を希望されますか？ ⇒1包化とは朝・昼・夕など服用時ごとに薬をまとめて分包することです	はい・いいえ 希望する印刷 服用日付 服用日付ご希望の場合 (お名前 月 日から)
介護保険の介護認定・介護保険のサービスをお受けですか？	はい・いいえ 要支援 要介護 受けているサービス ()

ご協力ありがとうございました。

あおば薬局山の手