

# 初めて処方せんをお持ちになられた方へ

ご記入いただく患者さまの情報は、お薬を安全にご使用いただく為に必要なものです。

収集した情報を基に患者さまごとの薬歴（お薬の記録）を作成し、お薬についての副作用の防止やアレルギーの確認を行い、お薬をお渡しする際の説明に利用させていただきます。

また、収集いたしました情報は調剤以外の目的で使用することはありません。

ふりがな		性別
名前		男 ・ 女
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和	年 月 日
★15歳未満のお子さまの場合は体重をご記入ください。		kg
住所	〒 — —	
連絡先	携帯電話 — —	自宅 — —

今回、どのような症状で受診されましたか？ 差し支えなければ病名をご記載ください。			
お薬手帳はお持ちですか？ お持ちの方は処方せんをご提出ください。	はい ・ 本日は忘れた ・ 説明して欲しい		
ジェネリック医薬品（後発医薬品）を希望しますか？ ※お薬が安くなることがあります。	はい ・ いいえ どちらでもよい ・ 説明して欲しい		
お薬以外でアレルギーはありますか？	ある	食物（卵・牛乳） その他食べ物（ 花粉症 アトピー 喘息 その他（ ）	ない
好んで口にされるものはありますか？	ある	お酒・たばこ・コーヒー・納豆・グレープフルーツジュース その他（ ）	ない
お薬を服用して、湿疹が出たことや気分が悪くなったことはありますか？（市販薬を含む）	ある	（お薬の名前）	ない
他に服用中の市販薬・健康食品・サプリメント、 他の病院・診療所でもらっているお薬はありますか？	ある	一般薬・健康食品・サプリメントの名前 （ ） ほかの病院の名前 （ ） お薬の名前 （ ）	ない
お薬を服用するときに何か困ることはありますか？	ある	手が不自由・飲み方がわからなくなる カプセルが飲めない・粉薬が飲めない よく飲み忘れる・その他（ ）	ない
今までかかった病気、治療中の病気はありますか？	ある	高血圧 糖尿病 心臓病 緑内障 腎臓病 胃・十二指腸潰瘍 肝臓病 前立腺肥大 その他（ ）	ない
車・バイクの運転、高所作業をされますか？	運転	する ・ しない	
	高所作業	する ・ しない	
★女性の方にお尋ねします。 ・妊娠していますか？ ・授乳中ですか？	はい	<input type="checkbox"/> 妊娠中（予定日 年 月頃） <input type="checkbox"/> 授乳中	いいえ
★眼科受診の方にお尋ねします。 ・コンタクトレンズは使用中ですか？	はい	ソフト ・ ハード ワンデー ・ 2WEEK ・ その他（ ）	いいえ

ご記入ありがとうございました。