

あなたの大切な情報

ふりがな

氏名 男・女

生年月日 明治・大正
昭和・平成 年 月 日 年齢 歳

連絡先

住所

電話番号 携帯番号

血液型 A・AB・B・O型 (Rh + -)

緊急連絡先

住所

電話番号

副作用/アレルギー歴 (有・無)

お薬

花粉症

食べ物

主な既往歴

- | | | | |
|-----------------------------------|------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> アレルギー性疾患 | <input type="checkbox"/> 腎疾患 | <input type="checkbox"/> 高脂血症 | <input type="checkbox"/> 気管支喘息 |
| <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 緑内障 | <input type="checkbox"/> 肝疾患 | <input type="checkbox"/> 消化器疾患 |
| <input type="checkbox"/> 白内障 | <input type="checkbox"/> 心疾患 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> その他() |

※詳細は医師、歯科医師、薬剤師に記入してもらってください。

調剤日

処方内容

ジェネリック医薬品やお薬全般に関して医師・薬剤師に伝えたいことをご記入ください。
自分で市販のお薬を服用されている場合、ご記入ください。
他の薬局でお薬を処方されている場合、お薬手帳を一冊にしましょう。

