

# おくすり手帳



病医院・歯科医院や薬局へ行く際は、必ずお持ちください。  
この手帳は、全国どこでもご使用いただけます。



おなまえ

---

No.    平成    年    月    日～平成    年    月    日

# 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 年 月 日 昭和・平成 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。





