

# 患者さんの状況を把握し、治療を安全にするための情報です。

記入日 年 月 日

ふりがな

氏名

男・女

kg

住所

〒

生年月日

年 月 日

電話番号

( )

緊急連絡先

( )

ジェネリック医薬品を希望されますか？

はい・いいえ

アレルギー症状が出た  
ことがありますか？



はい・いいえ

喘息・アトピー・花粉症・たまご・牛乳

その他( )

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

具体的なお薬の名前、症状など

現在、他の病院・医院に  
かかっていますか？



はい・いいえ

小児科・内科・皮膚科・耳鼻咽喉科

その他( )

治療のため、お薬を使用していますか？

具体的なお薬の名前、症状など

他に飲んでいる健康食品や市販のお薬  
などがありますか？

はい・いいえ

具体的なお薬の名前、症状など

お子様に当てはまる体質はありますか？

特になし・便秘しやすい・下痢しやすい・肌が弱い  
ぜんそく・その他( )

お子様がお好きな飲食物は何ですか？

牛乳・チーズ・その他の乳製品

お薬を飲ませるときに、何か困ったこと  
はありますか？

はい・いいえ



飲ませるのに苦労する  
(粉薬・シロップ・錠剤・カプセル剤)が飲めない  
(保育園・学校等で)飲めない時間帯がある  
その他( )

その他薬剤師に伝えておきたいことが  
ありますか？

ご協力ありがとうございました。

# 患者さんの状況を把握し、治療を安全にするための情報です。

記入日 年 月 日

ふりがな

氏名

生年月日

年 月 日

〒

住所

男・女

電話番号

( )

緊急連絡先

( )

## アンケートにご協力ください。

ジェネリック医薬品を希望されますか？

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・その他( )

今までお薬を飲んで、副作用が出た経験などはありますか？



はい・いいえ

具体的なお薬の名前、症状など

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・ぜんそく・肝臓病・腎臓病  
胃、十二指腸潰瘍・前立腺肥大  
その他( )

現在、他の病院・医院(眼科・歯科も含む)にかかっていますか？  
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はありますか？

はい・いいえ

具体的なお薬の名前、症状など

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・かぶれやすい・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？

- 食事の回数は何回ですか？ (1日 回 / 朝・昼・夕)
- グレープフルーツジュース(果肉を含む)はよくお飲みですか？ (はい・いいえ)
- 納豆をよく食べますか？ (はい・いいえ)
- タバコは吸いますか？ (1日 本位・吸わない)
- アルコールは飲みますか？ (ほぼ毎日飲む・ときどき飲む・飲まない)
- コーヒーは飲みますか？ (はい・いいえ)
- 車やバイクの運転 (する・しない)
- 危険を伴う作業 (する・しない)
- 高所作業 (する・しない)
- 生活時間が不規則(夜勤など) (する・しない)



女性の方へ  
妊娠中、または授乳中ですか？

はい・いいえ

妊娠中 週目・授乳中・妊娠の可能性・該当なし

その他薬剤師に伝えておきたいことがありますか？

ご協力ありがとうございました。

# 患者さんの状況を把握し、治療を安全にするための情報です。

ふりがな

記入日 年 月 日

氏名

生年月日

年 月 日

〒

住所

男・女

電話番号

( )

緊急連絡先

( )

## アンケートにご協力ください。

ジェネリック医薬品を希望されますか？

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

その他( )

今までお薬を飲んで、副作用が出た経験などはありますか？



はい

いいえ

具体的なお薬の名前、症状など

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・ぜんそく・肝臓病

腎臓病・胃、十二指腸潰瘍・前立腺肥大

その他( )

現在、他の病院・医院(眼科・歯科も含む)にかかっていますか？  
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はありますか？

はい

いいえ

具体的なお薬の名前、症状など

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・かぶれやすい・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？

● 食事の回数は何回ですか？ (1日 回 / 朝・昼・夕)

● グレープフルーツジュース(果肉を含む)は

よくお飲みですか？ (はい・いいえ)

● 納豆をよく食べますか？ (はい・いいえ)

● タバコは吸いますか？ (1日 本位・吸わない)

● アルコールは飲みますか？

(ほぼ毎日飲む・ときどき飲む・飲まない)

● コーヒーは飲みますか？ (はい・いいえ)

● 車やバイクの運転 (する・しない)

● 危険を伴う作業 (する・しない)

● 高所作業 (する・しない)

● 生活時間が不規則(夜勤など) (する・しない)

お薬を飲むときに、何か困ることはありますか？



はい

いいえ

薬袋の文字が見えない・手が不自由

飲み方が分からない・カプセルが飲めない

粉薬が飲めない

介護保険の要介護認定・介護保険のサービスをお受けですか？

はい

いいえ

デイサービス・訪問看護

その他( )

その他薬剤師に伝えておきたいことがありますか？

ご協力ありがとうございました。