

処方せんをお持ちになられた方へ

ご記入いただく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、副作用の防止やアレルギーの確認、説明に利用致します。また、収集いたしました情報は調剤の提供および医療・介護サービス事業所などの必要な連携以外の目的で使用することはありません。

ふりがな		生年月日	性別
氏名		M・T・S・H・R 年 月 日	男・女
住所	〒 -	15才未満の方へ 体重(約 k g) ※体重から薬の量が適正に計算します。	
連絡先 <small>※緊急連絡が必要な場合に 使用します</small>	携帯 - -	自宅 - -	

国の方針に沿って原則ジェネリック医薬品（後発医薬品）でご用意致します

（ご希望のある方は薬局従業員までお申し付けください）

お薬手帳はお持ちですか？お持ちの方は受付にお渡しください <small>※当薬局では電子お薬手帳も利用可能です。 初めて電子お薬手帳をご利用する場合は、スマートフォンで「ポケットファーマシー」のアプリ（無料）をインストールしてください。ご家族分もまとめて管理が可能です。</small>	提出すみ・本日忘れた・作りたい（電子・紙） 以下、電子お薬手帳をご希望の方はご記入ください ※ポケットファーマシー利用の方 ⇒ 認証キー（ ）	
本日の症状または病名をご記入ください（簡単に結構です）	例) 頭痛 高血圧など ※ご記入頂いた情報をもとに本日のお薬に問題がないか確認します。	
ご自身のことで当てはまることはありますか？	冷え性 化膿しやすい 胃が弱い アトピー 花粉症 ぜんそく 下痢しやすい 疲れやすい 眠れない 便秘しやすい 風邪をひきやすい その他（ ）	ない
お薬以外でアレルギーはありますか？	花粉（スギ・白樺・その他： ）ハウスダスト 食物（卵・牛乳・大豆・その他： ） その他（ ）	ない
お薬を服用・使用して、湿疹があらわれ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）	お薬名： 症 状：	ない
他の病院のお薬や、薬局等で買ったお薬・健康食品・サプリメントを飲んでいませんか？	お薬名・商品名	ない
好んで口にされるものはありますか？	コーヒー お茶 グレープフルーツジュース アルコール（毎日・ときどき） 納豆 タバコ（ 本/日） 栄養ドリンク エナジードリンク その他（ ）	ない
お薬を飲むときに、何か困ることはありますか？	手が不自由 錠剤・カプセル・粉薬 が飲めない 飲み方が分からない 飲ませるのに苦労する その他（ ）	ない
今までにかかった または 治療中の病気はありますか？	消化管潰瘍 不整脈 高血圧 肝臓病 緑内障 高脂血症 狭心症 糖尿病 関節リウマチ 心筋梗塞 喘息 てんかん 甲状腺疾患 前立腺肥大 腎臓病 その他（ ）	ない
生活やお仕事の環境について当てはまるものはありますか？	運転する 高所作業する 食事が不規則	ない
薬剤師に伝えておきたいことがあればご記入ください		
※女性の方へ 妊娠中または授乳中ですか？	妊娠中（予定日 月 日・現在 週） 授乳中	いいえ
※眼科受診の方へ コンタクトレンズは使用中ですか？	ハード ソフト ワンデー 2 WEEK カラーコンタクト	いいえ

当薬局は、PHC(株)及び東日本メディコム(株)の調剤システムを利用し、データ管理を適切に行なっております。