

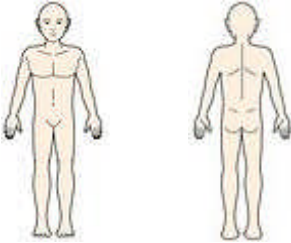

初回アンケート

皆様の体質などを知り、お薬の飲み合わせ等を検証するために事前にお伺いしております。ご協力よろしくお願い致します。

氏名	フリガナ	生年月日		性別
		明治・大正 昭和・平成	年 月 日	男・女
住所	〒		緊急連絡先 [※]	
			- -	

※緊急連絡先・・・お薬の事などで急ぎご連絡が必要となる事があります。携帯電話等すぐにご連絡可能な番号をご記入ください。

副作用	今までに薬を飲んで副作用を経験されたことはありますか？
	1) いいえ 2) はい【 薬品名() 症状() 】
アレルギー	アレルギーはありますか？
	1) いいえ 2) はい【 乳製品・卵・鶏・牛・豚・アルコール・ヨウ素・その他() 】
他科受診	お薬手帳はお持ちですか？
	1) いいえ 2) はい
	他の病院を受診していますか？ ※お薬手帳をお持ちの方は記入不要です。お薬手帳を係の者にお渡し下さい。
	1) いいえ 2) はい【 香川医大・香川労災・坂出市立・回生・その他() 】
治療情報	もらっているお薬はありますか？ ※お薬手帳をお持ちの方は記入不要です。お薬手帳を係の者にお渡し下さい。
	1) いいえ 2) はい【 薬剤名() 】
	現在治療中の病気は【現】に、今までかかった事のある病気は【既】に○を付けて下さい 緑内障【現・既】・気管支喘息【現・既】・糖尿病【現・既】・前立腺肥大【現・既】 心臓病【現・既】・消化性潰瘍【現・既】・膠原病【現・既】・腎臓病【現・既】・肝臓病【現・既】 甲状腺機能障害【現・既】・脳梗塞【現・既】・その他()【現・既】

痛いところに○をつけてください	痛みの度合いを教えてください(該当するものに○をつけてください)
	
	その他に該当する症状がある方は○をつけてください 鼻水 ・ 咳 ・ 下痢 ・ 便秘 ・ 発熱【 . 度】 身体がだるい ・ 気分がすぐれない ・ その他【 . 】

OTC・健康食品	市販薬や健康食品など、ご自身で購入して服用しているものはありますか？
	1) いいえ 2) はい【 品名: 】
嗜好品	タバコは吸いますか？
	1) いいえ 2) はい【 1日に()本程度 】
嗜好品	お酒は飲みますか？
	1) いいえ 2) はい【 週に()日程度 】
薬の形状について	お薬で飲みづらい形状の物がありますか？
	1) いいえ 2) はい【 錠剤・カプセル・粉薬・水薬 】
妊娠・授乳の有無	下記のいずれかに該当しますか？※女性の方のみお答え下さい
	1) 妊娠中 2) 授乳中

ご協力ありがとうございました。
ご記入いただいた情報は薬歴の管理に基づくお薬の安全な使用の目的において使用させていただきます。