初回質問表

Questionnaire

当薬局では、医薬品を安全かつ適正に使用していただくとともに、
緊急時のご連絡の為、必要な事項を 把握し患者様の記録を作成しています。ご協力のほど宜しくお願いいたします。

The following information is required for your safety with appropriate drug use and in the event of an emergency.

Name (氏名)	・ Date of birth ・ Sex(性別)	(生年月日) ■ Male (男)	□Female (女)
Address (ご住所)			
Phone number (電話番号)	· Body weight (k	ids only) (体重お子様(のみ) <u>kg</u>
	Please check the appropriate box. (当てはまる項目があれば口にチェックしてください。)		
□I prefer generic drugs. (ジェネリック □I don't care. (In this case, we will pr	rovide you generic drugs.)(どちらでもよい。基本 s where branded drugs are not available, gene (先発希		ered instead.)
□dyspepsia (胃が弱い) □insomnia □have a delicate skin (皮膚が弱い)	(不眠) □ easily get constipation (便秘しやすい)	arrhea (下痢しやすい)
・ Do you have any allergies? (アーロロロロロロロロロロロロロロロロロロロロロロロロロロロロロロロロロロロロ	アレルギー体質で次に当てはまるものはありますか?) □dust allergy (ハウスダスト) □allergion □ other (その他) [: rhinitis (鼻炎)]
• Do you see any other doctors			
(今回受診された病院以外の医療機関におかかりで $\square No$ (いいえ) $\square Yes$ (はい) th	ne name of the hospital (病院の名)]
病院、または市販の医薬品、健康食品を服用してい	r other forms of medication? Includin ますか?) the name of the medication (薬の名前)	g over-the-counter	r drugs. (今現在、他の]
□No (いいえ)	effects? (過去に副作用が出たことはありますか?) tion and the symptoms you had (お薬の名前と症	炔) []
・Do you drink alcohol? (お酒は飲 (□a lot -□average -□a little-□No)			
• Do you smoke? (タバコは吸われまー □No (いいえ) □Yes (はい)	すか?) cigarettes a day (1日の本数)		
	ですか?) □Yes(はい) weeks pregnant r ling? (今現在授乳中ですか?) □Yes(はい) □	now. □No (いいえ) No (いいえ)	

Thank you for your cooperation. Your personal information will be protected. ご記入ありがとうございました。これらの情報は明示した利用目的以外には使用いたしません。