

当薬局では、お薬を安全に服用して頂くために、患者さんの体質やアレルギー歴を記録して調剤に役立てたいと思います。 お手数ですが、ご記入の程お願い致します。

ふりがな		性別	男 ・ 女
お名前		年齢	歳
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令	年	月 日 生まれ
↓ 朝霞以外は、該当○で囲んで下さい（無ければお手数ですが、記入お願いします）			
ご住所	〒 埼玉県 朝霞（新座・和光・志木）市 （ 都・県 ） （ 市 ）		
お電話	※ 携帯	ご自宅	（ ）

お薬手帳 : あり 持参忘れ なし 作成希望
（お薬手帳をお持ちいただくと、お会計が安くなる場合がございます。）

ジェネリック医薬品 : 希望 希望しない どちらでもよい
（基本、お安いジェネリックでお出ししています）

▼かかったことがある、又は治療中の病気があれば✓して下さい（太字は特に確認下さい）

緑内障 前立腺肥大 気管支喘息 (その他 :)
肝機能異常 腎機能障害 嚥下障害 認知障害
糖尿病 狭心症 不整脈 脳梗塞 てんかん
妊娠 (週) 授乳中 (← 左記を、医師に話を している していない)

▼アレルギーをお持ちの方はに✓をしてください（太字は特に確認下さい）

お薬で大きな副作用が起きたことがある〔薬剤名： 〕
卵 牛乳 アルコール ヨード その他〔 〕

▼当てはまるものにに✓をしてください（太字は特に確認下さい）

現在、他医院での服用中の薬がある〔薬剤名： _____ 手帳に記載〕
 市販薬 飲んでいれば → 〔名称： _____ サプリメント、漢方薬 等〕
 薬の飲み忘れが (多い たまにある ほとんどない)
お酒をよく飲む / 喫煙する (1日 本) / 運転する / 高所・危険な作業する
運動する 朝食を抜く
排尿で困る事ある よく眠れないことがある 痛みで困ることがある
コンタクト着用
 苦手な形状の薬 (粉 カプセル シロップ 錠剤)
 良く摂取する物 (グレープフルーツ 納豆 カフェイン 乳製品)

お知らせ

各種キャッシュレス決済ご利用頂けます！

お会計時にお気軽にお尋ね下さい。 Tポイントも貯まります。