

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	体重	kg
※ 熱性痙攣の既往 有 ・ 無					
生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日	生まれ
↓ 朝霞以外は、該当○で囲んでください (無ければ記入をお願いします)					
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

▼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、他クリニックで服用中の薬がある [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)
高所・少し危険な場所へ行く または 遊ぶ
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。 Tポイントも貯まります！
 アプリから事前送信で、待ち時間短縮に。是非ご利用ください。