薬を安全にご使用いただくために，ご協力をお願い致します．

フリガナ	
お名前　　男性　・　女性	
生年月日：平　　年　　月　　日（　　歳）	
ご住所（〒　　-　　）	
お電話	

体重：

kg

該当するところに○をつけてください

- 薬や食べ物などでアレルギーはありますか？　（本人）…… **はい ・ いいえ**
  （家族）…… **はい ・ いいえ**
  （　　）
- 今までに使用したことのある薬の剤形はどれですか？
  錠剤　・　カプセル　・　シロップ　・　粉薬　・　点眼薬　・　点鼻薬
- 今までにうまく使用できなかった薬はありますか？…… **はい ・ いいえ**
- 今日のお薬以外に他の薬などを使うことがありますか？…… **はい ・ いいえ**
  （　　）
- 薬をのみ忘れることがありますか？…… **はい ・ いいえ**
- 下の病気をしたことがありますか？…… **はい ・ いいえ**
  小児喘息　・　糖尿病　・　心臓の病気　・　その他（　　）
- 薬について十分な説明をご希望ですか？
  十分な説明をしてほしい　・　どちらでもいい　・　必要ない
- 薬について，何を知りたいですか？（ 複数可 ）
  名前　・　効果（作用）　・　副作用　・　のみ合わせ　・　注意事項　・　その他

- あすか薬局では**「お薬手帳」**をお渡しできます．…… **必要 ・ 今は不要**

保険により一部負担（1回10～50円）が生じる場合がございます．詳しくはスタッフにお問い合わせ下さい．
（お薬手帳はお薬について毎回記録いたします．大切な記録をいつでもお手元で確認できます．）

ご協力ありがとうございました．薬についてお気軽に相談してください．

☆以下の項目はお薬をお渡しする際に，確認させていただきます．

時：	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4
行動：																								
食事：																								