お薬相談外来問診票

診察券番号:		
氏名:		**性別**: 男 ・ 女
生年月日: (西暦)　　年　　月　　日		(　　歳)
電話番号:	**携帯電話番号**:	

今飲んでいる薬についてお答えください。
・当診療所から処方されている薬

・他に飲んでいる薬やサプリメントはありますか？　はい ・ いいえ
その名前を教えてください。

本日の相談内容についてお答えください。　□にチェック(✔)してください。

□薬の効果について
□薬の副作用について
□薬の飲み合わせについて
□飲み方・使い方について
□ジェネリック医薬品について
□その他

薬で副作用がでたことはありますか？
薬の名前:
症状　:発疹・頭痛・めまい・胃痛・吐き気・下痢・眠気
その他(　　)

薬以外でアレルギーはありますか？
たまご・牛乳・花粉・日光
その他(　　)

記入日	年　月　日	