あなたの大切な情報

ふりがな
氏　名　　男 ・ 女

生年月日　明治・大正 / 昭和・平成・令和　年　月　日　年齢　歳

連絡先

住　所　〒

電話番号　　携帯番号

血液型　A・AB・B・O型（Rh ＋ － ）

緊急連絡先

住　所　〒

電話番号

副作用/アレルギー歴（ 有 ・ 無 ）

お　薬　　花粉症　　食べ物

主な既往歴

☐ アレルギー性疾患　☐ 腎疾患　☐ 高脂血症　☐ 気管支喘息
☐ 高血圧　☐ 緑内障　☐ 肝疾患　☐ 消化器疾患
☐ 白内障　☐ 心疾患　☐ 糖尿病　☐ その他（　　）

※詳細は医師、歯科医師、薬剤師に記入してもらってください。

調剤日	処方内容

ジェネリック医薬品やお薬全般に関して医師・薬剤師に伝えたいことをご記入ください。
自分で市販のお薬を服用されている場合、ご記入ください。
他の薬局でお薬を処方されている場合、お薬手帳を一冊にしましょう。

調剤日	処方内容

ジェネリック医薬品やお薬全般に関して医師・薬剤師に伝えたいことをご記入ください。
自分で市販のお薬を服用されている場合、ご記入ください。
他の薬局でお薬を処方されている場合、お薬手帳を一冊にしましょう。

調剤日	処方内容

ジェネリック医薬品やお薬全般に関して医師・薬剤師に伝えたいことをご記入ください。
自分で市販のお薬を服用されている場合、ご記入ください。
他の薬局でお薬を処方されている場合、お薬手帳を一冊にしましょう。

調剤日	処方内容

ジェネリック医薬品やお薬全般に関して医師・薬剤師に伝えたいことをご記入ください。
自分で市販のお薬を服用されている場合、ご記入ください。
他の薬局でお薬を処方されている場合、お薬手帳を一冊にしましょう。

調剤日	処方内容

ジェネリック医薬品やお薬全般に関して医師・薬剤師に伝えたいことをご記入ください。
自分で市販のお薬を服用されている場合、ご記入ください。
他の薬局でお薬を処方されている場合、お薬手帳を一冊にしましょう。