

問診票

平成 年 月 日

フリガナ	性別	男 ・ 女
お名前 (〒 -)	生年月日	T・S・H 年 月 日
住所		
電話番号		
携帯番号	E-mail	

当薬局ではジェネリック医薬品（後発品）での調剤を推進しております。ジェネリック医薬品（後発品）を希望されない方は×をつけてください。 ()

当てはまるところに○印とご記入お願いいたします。

- ◆ これまでに薬で副作用が起きたことがある。→ はい ・ いいえ
症状 () 薬の名前 ()
- ◆ アレルギー体質がある。→ はい ・ いいえ
卵・牛乳・喘息・花粉症・アトピー・その他 ()
- ◆ これまでに病気をしたことがある。→ はい ・ いいえ
緑内障・糖尿病・高血圧・その他 ()
- ◆ 現在、病院にかかり、薬を服用している。→ はい ・ いいえ
病名 () 処方薬名 ()
- ◆ サプリメント、健康食品、市販薬を飲んでいる。→ はい ・ いいえ
()
- ◆ 現在、妊娠している。→ はい 妊娠 ()ヶ月 ・ いいえ ・ 可能性がある
- ◆ 現在、授乳している。→ はい 授乳 (1日)回) ・ いいえ
- ◆ 以下に当てはまることがあれば○をつけてください。
喫煙する ・ お酒を飲む ・ コーヒーを飲む ・ 車を運転する
機械作業・高所作業をする
- ◆ 来店のお知らせに○をつけてください。(複数回答可)
店の前を通りかかって ・ 公式ホームページ ・ 知人、友人に聞いて ・ 駅広告
病院、クリニックの紹介 ・ SNS (Twitter/Facebook/Instagram) ・ EPARK
チラシ ・ 新聞 ・ テレビ ・ その他 ()
- ◆ 当薬局からのお知らせを送付してよろしいですか。 はい ・ いいえ
- ◆ 当薬局の会員 (入会金 500 円) になることを 希望する ・ 希望しない
会員特典：処方せん医薬品以外の医療用医薬品の購入、一部商品の会員価格での購入

上記の内容に変更があった場合は必ずお知らせください。

これらの情報は「個人情報保護法」に基づき管理させていただきます。