

Interview Sheet (Tsukuba-nishi O-dori Pharmacy)

Date : year _____ month _____ day _____

(write your name in katakana)

Name _____ Date of birth: year _____ month _____ day _____

Address _____ Sex : Male / Female

Telephone number : () Emergency contact :

Please write circles which corresponds by the following each item.

(Q1) Do you want a generic medicine? (Yes / No)

(Q2) Do you want a medicine pocketbook? (It is charged) (Yes / No)
If you already have, please submit it.

(Q3) Do you have any allergies for food or medicine ? (Yes / No)

If you answer "yes" mark them.

(Egg / Fish / Pollen / House dust / Mite / Mould / Metal / Other ())

(Q4) Have you ever suffered from diseases below? (Yes / No)

I am / was (Disorder of the brain / Diabetic / Heart disease / High blood pressure /
Glaucoma / Benign prostatic hypertrophy / Uicus pepticum / Asthma / Atopy
Other ()).

(Q5) Have you ever suffered from secondary effects nausea and the eruption by any medicines? (Yes / No)

If you had: (Write name of medicines : Symptom :)

(Q6) Do you go to another medical institution regularly now? (Yes / No)

If you answer "yes" (Name : Department :)

(Q7) Do you take any medicine regularly except today's medicine? (Yes / No)

If you answer "yes" (Name :)

(Q8) For women only . Are you pregnant or presently breastfeeding? (Yes / No)

If you answer "yes" (weeks / breastfeeding)

(Q9) For children under 15 years old. present weight? () kg

Thank you for your cooperation.

問 診 票 (つくば西大通り薬局)

受診日 平成_____年 _____月 _____日

フラガナ
氏 名 _____ 生年月日 _____年 _____月 _____日

住 所 _____ 性別： 男 / 女

電話番号： () 緊急連絡先：

下記項目につき、該当するものを○で間込んで下さい。

(問1) ジェネリック薬品を希望しますか？ (はい / いいえ)

(問2) お薬手帳を希望しますか (有料)？ お持ちの方はおだし下さい。 (はい / いいえ)

(問3) 食物または体質的アレルギーはありますか？ (はい / いいえ)

「はい」とお答の方 卵・魚・花粉・ハウスダスト・ダニ・カビ・金属
その他 ()

(問4) 既往歴 (治療中又は治療済みの病気) はありますか？ (はい / いいえ)

「はい」とお答の方 脳疾患・糖尿病・心臓病・高血圧・緑内障
膽立性肥大症・消化性潰瘍・喘息・アトピー・その他病名

(問5) 今まで飲んだ薬で副作用 (吐気・発疹等) が出たことがありますか？ (はい / いいえ)

「ある」とお答えになった方 (お薬の名前： 症状：)

(問6) 現在、他に通院中ですか？ (お持ちになった処方箋の治療機関以外) (はい / いいえ)

「はい」とお答の方 (病院： 科：)

(問7) 本日の薬以外で、定期的に使用されているお薬はありますか？ (市販薬を含めて)
(はい / いいえ)

「はい」とお答の方 (お薬の名前：)

(問8) 女性の方にお伺いします。現在、妊娠中あるいは授乳中ですか？ (はい / いいえ)

「はい」とお答の方 (お薬の名前：)

(問9) 小児の方 (15歳以下) に伺います。現在の体重はどのくらいですか？
() kg

ご協力ありがとうございました