氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ	性別	＊ご記入される方が本人以外の場合
	名前	男　・女	氏名：　　続柄：

身長・体重	cm　　kg	生年月日	明　・大　・昭 平　・令　　年　　月　　日

ご住所	〒	電話番号	－　　－

1. 今までに治療したまたは現在も治療を継続している病気があれば✓をしてください。

☐てんかん	☐心臓疾患[病名等	
☐気管支喘息	☐鼻炎・花粉症	☐アトピー
☐なし	☐その他　[　　]	

2.アレルギー歴をお持ちの方は当てはまる原因物質に✓をしてください。

☐卵　☐牛乳　☐アルコール　☐ヨード　☐花粉　その他 [　　]

3. 当てはまる項目に✓をしてください。

・お薬を服用（使用）して副作用が起きたことがある	☐いいえ	☐はい [内容　　]	
・現在、他の病院・薬局でもらっているお薬がある	☐いいえ	☐はい	医療機関名：　☐手帳に記載あり 薬剤名：
・市販薬やサプリメント・漢方薬などを使用している	☐いいえ	☐はい[名称　　]	
☐食事が不規則			
・よく摂取するもの	☐乳製品	☐納豆	☐グレープフルーツジュース
☐皮膚がかぶれやすい	☐便秘しやすい	☐下痢しやすい	☐胃が弱い　☐コンタクトレンズ使用

4. 当てはまる項目に✓をしてください。

☐甘い物をよく食べる	☐脂っぽいものをよく食べる	☐塩気の強いものが好き	☐夕食後すぐに就寝する
☐間食が多い	☐朝食を抜くことが多い	☐食べるのが早い	☐あまり運動をしない

5. 本日受診した理由(症状など）を記載してください。

6. 苦手な形状のお薬があれば✓してください。

☐粉薬　☐シロップ　☐カプセル　☐錠剤