



つだ薬局滝野店 初回アンケート **こども用**

お薬をより効果的に安全に使っていただくため
体質や生活習慣を教えてください😊

★ジェネリック医薬品： 希望する 希望しない どちらでもいい

お子様の
体重： kg

※ ジェネリック医薬品とは、処方されたお薬と主成分が同じで、値段の良心的なお薬のことです。

★お薬手帳をコピーさせていただく場合について

常に許可 その都度確認

※併用薬等必要な記録を残して、その後速やかに適切な方法で廃棄いたします

フリガナ

お名前：

男
・
女

生年月日： 平 令 年 月 日

年齢

才
または 才

ご住所：

電話番号： 自宅 - -

携帯 - -

ヶ月

▼ かかったことのある、または治療中の病気があれば✓をつけてください 該当なし

てんかん 気管支喘息 アレルギー性鼻炎 花粉症 アトピー

熱性けいれん 15分以上続いた 数回経験あり その他

▼ アレルギーをお持ちの方は✓をつけてください あり なし

↓【あり】と答えられた方は以下もご記入ください

卵 牛乳 アルコール ヨード

ラテックス(ゴム) 金属 その他

▼ 当てはまるものに✓をつけてください 該当なし

お薬の副作用が起きたことがある (薬の名前：
(症状))

他の病院や薬局でお薬をもらっている (薬の名前：
(病院名)) 手帳に記載あり

市販薬やサプリメント・漢方薬などを飲んでいる (名称：)

▼よく食べるもの： 乳製品 コーヒー 納豆 グレープフルーツ

▼体質： かぶれやすい 便秘がち 下痢しやすい 胃が弱い コンタクトレンズ着用

▼嗜好品・生活習慣

甘いものをよく食べる 脂っぽいものをよく食べる 塩気が強いものが好き 夕食後すぐ就寝

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

▼お薬の形状について希望があれば教えてください ※ご希望に添えない場合もあります 該当なし

粉 シロップ カプセル 錠剤 飲めないもの 粉 シロップ 錠剤 カプセル 他：

記入者： 本人 母 父

祖母 祖父 その他

その他ご相談あり(お薬以外のことでも)

内容未記入の場合は薬剤師が直接お伺いいたします😊

