

**Please fill out the following questions in order to provide safety and better medication.**

(薬を安全にご使用いただくために、ご協力をお願い致します。)

<b>Name</b>				
<b>Date of birth</b>	<b>Day</b>	<b>Month</b>	<b>Year</b>	<b>Age</b>
( )	( )	( )	( )	( )
<b>Home address</b> (〒 )				
<b>Phone number</b>				

**1. Are you using a drug-history notebook?**

「お薬手帳」を使っていますか？

- Hope to use       using it       doesn't use it  
作成希望                      使っている                      使わない

**2. Do you have a medicine that your doctor say that it doesn't use?**

医師から使用しないように言われている薬はありますか？

**And, do you have any allergy and any side effects to medicine and food?**

また、薬や食べ物でアレルギーや副作用はありますか？

- No                       Yes  
いいえ                      はい(具体的に: )

**3. Have you ever had any diseases as follows?**

下の病気をしたことがありますか？

- Asthma,     Diabetes mellitus,     Heart diseases,     Thyroid diseases,     Kidney diseases,  
喘息、                      糖尿病、                      心臓の病気、                      甲状腺の病気、                      腎臓の病気、  
 Liver diseases,     Hypertension,     Apoplexy,     Glaucoma,     Prostate hypertrophy,  
肝臓の病気、                      高血圧症                      脳卒中、                      緑内障、                      前立腺肥大

Other( )  
その他

**4. Are you taking other medicine except your medication for today?**

今日のお薬以外に他の薬を使用していますか？

- No                       Yes

**5. What do you want to know about your medication?**

薬について何を知りたいですか？

- Name,     effect,     side effect,     drug interaction,     instruction,    other( )  
名前                      効果(作用)                      副作用                      のみ合わせ                      注意事項                      その他

◎**For only adult female patients**      女性の方

**1. Are you currently pregnant?**

**Or have you had any symptoms of pregnancy recently?**

妊娠または妊娠している可能性はありますか？

- No                       Yes

**2. Are you breast-feeding?**

子供さんに授乳していますか？

- No                       Yes