

【おくすり問診票】

この問診票は、入院中の患者さまのお薬を安全かつ適切に管理するために、参考にさせていただきます。ご自宅でご記入下さい。

入院予定日：平成 年 月 日

氏名（ ）

1. アレルギーはありますか？ （なし・あり）

アレルギーの原因：

症状：

アレルギーが出た時期：

2. お薬の副作用が出たことがありますか？ （なし・あり）

お薬の名前：

症状：

副作用が出た時期：

3. 現在使用中のお薬はありますか？ （なし・あり）

※飲み薬、湿布、吸入薬、インスリンなど。

ある場合は、病院名・調剤薬局名を分かる範囲で記入して下さい。

病院名	調剤薬局名
病院名	調剤薬局名
病院名	調剤薬局名
病院名	調剤薬局名

4. お薬手帳はお持ちですか？ （なし・あり）

お持ちの方は、入院時にご持参ください。

5. 入院する前に中止するように言われたお薬はありますか？（なし・あり）

お薬の名前：

中止する期間：

入院当日に、以下の3点を入院受付時に薬剤師にご提出下さい。

- ・本紙(おくすり問診票)
- ・使用中のお薬
- ・お薬手帳、またはお薬説明書など