

医薬連携シート

年 月 日

ふりがな

お名前 男 女 年齢: 才 ヶ月 体重 kg

住所 〒 _____ **連絡が必ずとれる電話番号**
(_____)

●**どこが、どのように悪いのですか？** ●**体温** _____ °C

●**いつ頃から悪くなりましたか？** (発熱の方: 日 時頃～)
(_____ 日前)

【小児～中学生までの方へ】
●**次の病気にかかったことがありますか？**
突発性発疹症 けいれん (ひきつけ)
喘息性気管支炎 喘息 アトピー性皮膚炎
じんましん 中耳炎 心臓病 腎臓病
川崎病 溶連菌感染症
その他 (_____)
特に無し
アレルギー疾患 (_____)
 ●**兄弟姉妹は全部で何人で、受診するお子さんは何番目ですか？** _____ 人中 _____ 番目

【高校生以上の方へ】
●**次の病気にかかったことがありますか？**
高血圧 糖尿病 緑内障 喘息
心臓病 肝臓病 腎臓病
潰瘍 (胃・十二指腸) 前立腺肥大
痛風 脳出血・脳梗塞 ぼうこう炎
その他 (_____)
特に無し
アレルギー疾患 (_____)
 ●**女性の方へ 妊娠の可能性はありますか？**
はい いいえ わからない

●**近隣で流行している病気はありますか？**
いいえ はい (疾患名: _____)

●**現在、何かお薬を飲んでいますか？**
はい いいえ
 「はい」とお答えの方：どのようなお薬ですか
 (薬品名: _____)

●**薬アレルギーはありますか？**
はい いいえ
 「はい」とお答えの方：どのようなアレルギーですか
 (薬品名: _____)

●**かかりつけの医療機関はありますか？**
いいえ はい (医療機関名 _____)

●**最近(1ヶ月以内)に海外へいかれましたか？**
はい (場所: _____)
 (帰国月日: _____ 月 _____ 日)
いいえ

●**海外より帰国及び入国した人で発熱のある人と接触しましたか？**
はい (どちらから帰国: _____ 入国: _____)
いつごろ接触しましたか？ (_____ 月 _____ 日)
いいえ

●**この予診票を院外薬局へ情報提供することについて同意いただけますか？**
同意する 同意しない

●**この診療所をどこでお知りになりましたか？** (_____)

保険薬局の方へ：以下の欄に調剤の結果医師に報告する事項がありましたら記入の上 FAX をお願いします。