

あなたの大切な情報

氏名男・女

生年月日 年 月 日 年齢 歳

連絡先住所〒

電話番号

血液型 (A・AB・B・O 型)

アレルギー歴 (有・無)

食べ物お薬の名前

副作用歴 (有・無)

お薬の名前

主な既往歴

○アレルギー性疾患 ()

○肝疾患 ()

○心疾患 ()

○腎疾患 ()

○消化器疾患 ()

○その他 ()

※詳細は医師、歯科医師、薬剤師に記入してもらって下さい。

12

受診記録

受診中の病院・診療所・薬局名・電話番号医師・歯科医師・薬剤師名等

受診記録

受診中の病院・診療所・薬局名・電話番号医師・歯科医師・薬剤師名等

日常的に利用する薬局

かかりつけ薬剤師名：

緊急連絡先：

34

