

질문 (お伺書)

날짜 (日付) _____

약을 안전하게 사용하기 위한 질문입니다. 기입해 주시기 바랍니다.

(お薬を安全に使っていただくために質問しております。ご記入をお願いします。)

이름 _____ 성별 : (남자 / 여자) 체중 : _____ kg

주소 _____ 전화번호 _____

< 항목 >

■ 해당하는 병력에 표시해 주십시오. (病歴)

- 없음
- 심장질환 (心疾患) 간질환 (肝疾患) 신장질환 (腎疾患)
- 녹내장 (緑内障) 위산과다 (胃酸過多)
- 위궤양, 십이지장궤양 (胃潰瘍, 十二指腸潰瘍) 전립선비대 (前立腺肥大)
- 당뇨병 (糖尿病) 변비 (便秘症) 설사 (下痢症) 천식 (喘息)
- 알레르기

우유 (牛乳), 계란 (卵), 생선 (魚), 아토피(피부염) (アトピー(皮膚炎)),
꽃가루 알레르기(비염) (花粉症(鼻炎)), 기타 (その他 _____)

■ 부작용이 있는 약이 있습니까? (副作用歴)

- 예 (약 이름 _____) / 아니오
- 증상 (症状) : 발진, 가려움 (発疹, かゆみ) 피린 알레르기 (ピリン疹・ピリンアレルギー)
- 기침 (咳) 두통 (頭痛) 졸음 (眠気) 현기증 (めまい)
- 복통 (腹痛) 구토감 (吐き気) 설사 (下痢)
- 변비 (便秘) 기타 (その他 _____)

■ 지금 현재 복용하고 있는 약 또는 건강식품이 있습니까? (併用薬・健康食品)

- 예 (약 이름 _____) / 아니오

■ 먹을 수 있는 약은 어떤 것입니까? (飲めるお薬はどれですか?)

- 정제 (錠剤) 캡슐 (カプセル) 분말 (粉薬) 시럽 (シロップ)

■ 자동차 또는 오토바이를 운전하십니까? (自動車・バイクを運転しますか?)

(예 / 아니오)

■ 습관적으로 알코올을 섭취하십니까? (アルコール)

(예 / 아니오)

담배 (たばこ)

(예 / 아니오)

커피/녹차 (コーヒー/お茶)

(예 / 아니오)

자몽 (グレープフルーツ)

(예 / 아니오)

■ 임신 중이십니까? (妊娠していますか?)

(예 / 아니오)

■ 수유 중이십니까? (授乳していますか?)

(예 / 아니오)

■ 제네릭 의약품(후발 의약품)을 사용하시겠습니까? (ジェネリック医薬品を希望されますか?)

(예 / 아니오)