

## 咨询表 (お伺書)

日期 (日付) \_\_\_\_\_

为了安全用药, 请填以下事项。

(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。)

姓名: \_\_\_\_\_ 性别: (  男,  女 ) 体重: \_\_\_\_\_ kg

地址 \_\_\_\_\_ 电话号码: \_\_\_\_\_

## &lt;項目&gt;

## ■ 检查病历 (病歴)

 无 心脏病 (心疾患) 肝病 (肝疾患) 肾病 (腎疾患) 青光眼 (緑内障) 胃酸过多 (胃酸過多) 胃溃疡, 十二指肠溃疡 (胃潰瘍, 十二指腸潰瘍) 前列腺肥大 (前立腺肥大) 糖尿病 (糖尿病) 便秘 (便秘症) 腹泻 (下痢症) 哮喘 (喘息) 过敏

牛奶 (牛乳), 鸡蛋 (卵), 鱼鳞病 (魚), 特异性 (皮炎) (アトピー (皮膚炎)), 花粉症 (鼻炎) (花粉症 (鼻炎)), 其他 (その他 \_\_\_\_\_)

## ■ 您从前用药是否出现过副作用? (副作用歴)

 是 (药名 \_\_\_\_\_) /  否症状 (症状):  出疹子・痒 (発疹, かゆみ)  吡啉过敏症 (ピリン疹・ピリンアレルギー) 咳嗽 (咳)  头疼 (頭痛)  困倦 (眠気)  头晕 (めまい) 肚子疼 (腹痛)  恶心 (吐き気)  拉肚子 (下痢) 便秘 (便秘)  其他 (その他 \_\_\_\_\_)

## ■ 您现在是否服用药或着保健食品? (併用薬・健康食品)

 是 (药名 \_\_\_\_\_) /  否

## ■ 您能服用哪种药? (飲めるお薬はどれですか?)

 片剂 (錠剤)  胶囊 (カプセル)  粉末 (粉薬)  糖浆 (シロップ)■ 您驾驶 (汽车或摩托车) 吗? (自動車・バイクを運転しますか?) (  是 /  否 )■ 您平常喝酒吗? (アルコール) (  是 /  否 )烟 (たばこ) (  是 /  否 )咖啡/茶 (コーヒー/お茶) (  是 /  否 )葡萄柚 (グレープフルーツ) (  是 /  否 )■ 您处于妊娠期吗? (妊娠していますか?) (  是 /  否 )■ 您处于授乳期吗? (授乳していますか?) (  是 /  否 )

## ■ 您使用 generic medicine (同类仿效药) 吗? (ジェネリック医薬品を希望されますか?)

(  是 /  否 )