英　語

Questionnaire（お伺書）

Date（日付）＿＿＿＿／＿＿＿＿／＿＿＿＿

In order to know about the safe use of medicines, please fill in the following questionnaire.
（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。）

Name：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　Sex：（☐Male，☐Female）Weight：＿＿＿＿kg

Address ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　Phone No.＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＜項目＞

▌Medical History（病歴）

☐ Nothing

☐ Heart Disease（心疾患）　☐ Liver Disease（肝疾患）　☐ Kidney Disease（腎疾患）

☐ Glaucoma（緑内障）　☐ Gastric Hyperacidity（胃酸過多）

☐ Stomach ulcer，Duodenal ulcer（胃潰瘍，十二指腸潰瘍）

☐ Enlargement of the Prostate（前立腺肥大）　☐ Diabetes（糖尿病）

☐ Constipation（便秘症）　☐ Diarrhoea（下痢症）　☐ Asthma（喘息）

☐ Allergies

milk（牛乳），eggs（卵），fish（魚），Atopic dermatitis (dermatitis)（アトピー(皮膚炎)），
Hay fever (nasal inflammation)（花粉症(鼻炎)），others（その他＿＿＿＿＿＿）

▌Have you ever experienced any 'Side effects' of a medicine?（副作用歴）

☐ Yes （ Medicine's name＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）　/　☐ No

Symptoms（症状）：☐ Itchy（発疹、かゆみ）　☐ Pyrazolone allergy.（ピリン疹・ピリンアレルギー）

☐ Cough（咳）　☐ Headache（頭痛）　☐ Fee1 sleepy（眠気）　☐ Dizziness（めまい）

☐ Stomach-ache（腹痛）　☐ Nausea（吐き気）　☐ Diarrhoea（下痢）

☐ Constipation（便秘）　☐ Others（その他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

▌Do you take any other (concomitant) medicine or health food?（併用薬・健康食品）

☐ Yes （ Medicine's name＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）　/　☐ No

▌What medicine can you take?（飲めるお薬はどれですか？）

☐ Tablet（錠剤）　☐ Capsule（カプセル）　☐ Powder（粉薬）　☐ Syrup（シロップ）

▌Do you drive a car or a motorcycle?（自動車・バイクを運転しますか？）

（ ☐ Yes / ☐ No ）

▌Do you drink alcohol regularly?（アルコール）　（ ☐ Yes / ☐ No ）

Cigarette （たばこ）　（ ☐ Yes / ☐ No ）

Coffee/Tea（コーヒー/お茶）　（ ☐ Yes / ☐ No ）

Grapefruit（グレープフルーツ）　（ ☐ Yes / ☐ No ）

▌Are you pregnant?（妊娠していますか？）　（ ☐ Yes / ☐ No ）

▌Do you breastfeed your child?（授乳していますか？）　（ ☐ Yes / ☐ No ）

▌Would you like to use generic medicines?（ジェネリック医薬品を希望されますか？）

（ ☐ Yes / ☐ No ）