



様
のみぐすり

年 月 日

1日 回 日分 (種類)

1回に

カプセル  は	個	朝	食前
錠剤  は	個		
こな薬  は	包	夕	食間
水薬シロップ () の1目盛		ねる前	

宏和医院

TEL(072)223-0180
大阪府堺市堺区御陵通3番17号



様
とんぷくやく

年 月 日

服用法

1回 (1日)	包 個	回分 回まで)
熱発時	痛む時	頭痛時
便秘時	下痢時	発作時
不眠時	動悸時	

宏和医院

TEL(072)223-0180
大阪府堺市堺区御陵通3番17号

めぐすり

様

年 月 日



うちぶくろの
指示にしたがって
お使いください。

宏和クリニック

〒590-0057 大阪府堺市堺区御陵通3番17号 TEL 072-223-0180



様
がいようやく

年 月 日

1日 回

ぬり薬	点	眼	うがい薬
はり薬	点	鼻	トローチ
坐薬	点	耳	吸入

飲み薬ではありません

宏和医院

TEL(072)223-0180
大阪府堺市堺区御陵通3番17号

●薬袋／サイズ表

〔特大〕180×248mm

〔大〕145×210mm

〔中〕120×178mm

〔小〕105×140mm



薬をお受取りのさいは、お名前を確かめてください。(裏面も必ずお読みください。)

階		様
---	--	---

回数

おだいじに



かまずに、口の中で、
ゆっくり、とかしてください。

用法

	1日 回
	医師の指示通り(適時)

平成 年 月 日



宏和クリニック

〒590-0057 堺市堺区御陵通3番17号 TEL 072-223-0180

薬剤師

● 薬剤服用歴記録

(表)

(裏)

[薬剤服用歴記録]

作成年月日 年 月 日

ふりがな	患者番号	備考					
名前							
性別	生年月日						
住所							
電話番号	自宅	勤務先					
保険証	%	保険番号	記号番号	(1)公費負担番号	受給番号	(2)公費負担番号	受給番号
	%	保険番号	記号番号	(1)公費負担番号	受給番号	(2)公費負担番号	受給番号
	%	保険番号	記号番号	(1)公費負担番号	受給番号	(2)公費負担番号	受給番号
	%	保険番号	記号番号	(1)公費負担番号	受給番号	(2)公費負担番号	受給番号
医療機関名	所在地	電話番号					
副作用	ある	ない(確認済)					
アレルギー	ある	ない(確認済)					
病歴	ある	ない(確認済)					
併用薬	他の受診	その他					
嗜好品	1.酒 2.たばこ 3.コーヒー 4.牛乳 5.その他()						
妊娠	a. 妊娠中(予定日 年 月 日)	b. 妊娠の疑い					
灌漑	c. 授乳中	d. なし(確認済)					
メモ							

(最終記入日より3年間保存)

[薬剤服用歴記録]

氏名	処方日	科名・医師名	日	請求点数
姓	調剤日	処	数	一部減額
		(疑義照会・指導等)		
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				
46				
47				
48				
49				
50				
51				

● おくすり手帳

<p>おくすりを正しく服用しましょう。 期限切れのお薬は飲まないでください。</p>	<p>おくすりを正しく服用しましょう。 分からない点があればご相談ください。</p>
年月日	おくすり(名称、用法、用量、効能、効果、注意事項、医療機関名、薬局名等)
.....
.....

あなたの連絡先や、アレルギー歴、既往症についてご記入ください。

●氏名 _____ 男・女

●生年月日 明治・大正・昭和・平成 _____ 年 月 日

●緊急連絡先(住所) _____

☎ _____

●血液型 A・B・AB・B・O型(Rh +・-) _____


●アレルギー歴、副作用歴(今までに特定のお薬、食べ物、花粉などでアレルギーを起こしたことがあればお書きください。)

●過去に治療を受けた疾患に○を記入してください。

- ・高血圧 ・糖尿病 ・心臓疾患 ・肝臓病
- ・腎臓病 ・胃・十二指腸潰瘍 ・ぜんそく
- ・前立腺肥大症 ・その他

おくすり手帳

この手帳はあなたのお薬の服用内容を記録する手帳です。複数の医療機関にかかれる場合や緊急災害時にお役に立ちます。



お名前 _____

ご住所 _____

※薬局・病院・医院・歯科医院にかかれる際は
その都度、この手帳をお持ちください。