

相談に応じた記録

令和 年 月 日 AM:PM :

相談者	本人 ・ 代理人 _____
相談者の年齢、性別	才 <男 ・ 女> 15 才未満 ・ 15～19 ・ 20～39 ・ 40～59 ・ 60～79 ・ 80 才以上
相談内容	
購入予定の医薬品等 または症状	
他の医薬品等の使用	無 ・ 有 ()
受診の有無 (現病歴・既往歴)	無 ・ 有 ()
お薬手帳	無 ・ 有
副作用歴の有無	無 ・ 有 ()
アレルギー体質の有無	無 ・ 有 (本人 ・ 家族がアレルギー体質)
妊娠・授乳の有無	無 ・ 有 (妊娠 週、 授乳中)
当該医薬品等の購入や 仕様の経験	無 ・ 有
その他伝えておきたいこと があればお申し出下さい	

【薬局の対応】

薬剤師氏名 :	
<input type="checkbox"/> 販売 (商品名 : _____ 数量 _____) 確認事項 : <input type="checkbox"/> 購入者は情報提供等の内容を理解した。 (購入者の連絡先 : _____)	
<input type="checkbox"/> 指導のみ	
<input type="checkbox"/> 受診勧奨	
<input type="checkbox"/> その他	

(3年保存)