

Sorry, but we can't speak your language, please fill out this questionnaire for appropriate use of drug.

(薬を安全にご使用いただくために、ご協力をお願いします。)

Name				
Date of birth	Day ( )	Month ( )	Year ( )	Age ( )
Home address	(〒 - )			
Phone number				

1. Are you using medication history handbook?

「お薬手帳」を使っていますか？

- ☐ want to use      ☐ using      ☐ no  
作成希望      使っている      使わない

2. Do you have a medicine that your doctor says not to take it?

医師から使用しないように言われている薬はありますか？

- ☐ No    いいえ    ☐ Yes    はい (Medicine : )

3. Have you experienced any allergies and/or adverse events to medicine and/or food?

薬や食べ物でアレルギーや有害事象はありますか？

- ☐ No    いいえ    ☐ Yes    はい (Allergies : )  
(Adverse events : )

4. What medical treatment are you receiving?

下の病気をしたことがありますか？

- ☐ No    いいえ      ☐ Yes    はい  
☐ asthma      ☐ diabetes mellitus      ☐ heart diseases      ☐ thyroid diseases  
喘息      糖尿病      心臓の病気      甲状腺の病気  
☐ kidney diseases      ☐ liver diseases      ☐ hypertension      ☐ apoplexy  
腎臓の病気      肝臓の病気      高血圧      脳卒中  
☐ glaucoma      ☐ prostate hypertrophy      ☐ cancer  
緑内障      前立腺肥大      がん  
☐ others    その他 ( )

5. Are you taking any other medicine except your medication for today?

今日のお薬以外に他の薬を使用していますか？

- ☐ No    いいえ      ☐ Yes    はい  
☐ antihypertensive      ☐ antidiabetic      ☐ anticoagulant      ☐ sleeping pill  
降圧剤      糖尿病薬      抗凝血薬      睡眠薬  
☐ glaucoma drug      ☐ anticancer drug  
緑内障薬      抗がん剤  
☐ others    その他 ( )

6. Would you like to use generic drugs? (A generic drug approved by regulatory authority is defined as being identical or bioequivalent to an original drug)

ジェネリック医薬品への切替えをご希望ですか？

- ☐ No    いいえ      ☐ Yes    はい

◎ For women only    女性の方

1. Are you pregnant or may be pregnant?

妊娠または妊娠している可能性はありますか？

- ☐ No      ☐ Yes  
いいえ      はい

2. Are you currently breast-feeding?

子供さんに授乳していますか？

- ☐ No      ☐ Yes  
いいえ      はい