

FAX おくすり相談シート

(相談したい項目にチェックを付けて、薬局へお送りください)



お名前

生年月日：

年

月

日

※ ご希望の返信方法



FAX



電話



メール



LINE

(FAX番号:

)

(TEL番号:

)

(メール:

)

(ID:

)

お薬の飲み合わせについて相談したい

今飲んでいるもの

一緒に飲みたいもの



お薬を飲んだ後、体調が悪化した ※どのような症状ですか？

痛みあり



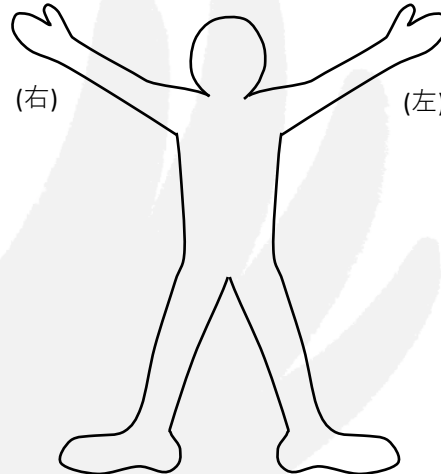
(部位:)

気持ち悪い



その他の症状

※ どのような症状ですか？
部位を○で囲ってください



かゆい・じんましん



(部位:)

下痢した



お薬の飲み方・使い方がわからない

(お薬の名前:)

その他の相談