おくすり手帳（A6size）

●必要事項

あなたの大切な情報

おなまえ

男・女

生年月日

年　月　日　年齢　歳

住所

〒

☎ 電話番号

（　　）　—

血液型

型

ジェネリック医薬品の使用について（可・不可・どちらでもよい）

●アレルギー歴（有・無）
<食べもの>

●副作用歴（有・無）
<お薬の名称>

主な既住歴

※詳細は医師・薬剤師に記入してもらってください。

●本文

年　月　日	お薬の名称　用法・用量（服用時に注意すべき点等）	年　月　日	お薬の名称　用法・用量（服用時に注意すべき点等）
/　/		/　/	
/　/		/　/	
/　/		/　/	
/　/		/　/	
/　/		/　/	
/　/		/　/	
/　/		/　/	
/　/		/　/	
/　/		/　/	
/　/		/　/	
/　/		/　/	
/　/		/　/	
/　/		/　/	
/　/		/　/	
/　/		/　/	
/　/		/　/	