一般用医薬品提供　アセスメントシート（災害用）

　　 （　ふりがな　）

担当薬剤師名　：

所属都道府県　：

対応日時 ： 年　　 月　　 日　 　時　 　分

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対応・活動場所 |  | | |
| ①性別・年齢 | 男　　・　　女 | 年齢 | 歳  歳代（推定記入可） |
| ②主訴 |  | | |
| ③アレルギー歴 | 無　・　未確認　・　有 | | 詳細 |
| ④副作用歴 | 無　・　未確認　・　有 | | 詳細 |
| ⑤既往歴・現病歴 | 無　・　未確認　・　有 | | 詳細 |
| ⑥医療機関への  受診の有無 | 無　・　未確認　・　有 | | 医療機関名 |
| ⑦現在使用中の  薬剤(OTC含む) | 無　・　未確認　・　有 | | 詳細 |
| ⑧現在使用中の  健康食品・  サプリメント類 | 無　・　未確認　・　有 | | 詳細 |
| ⑨選択したOTC薬 |  | | |
| ⑩指導内容 |  | | |