

日薬業発第311号
平成21年12月3日

都道府県薬剤師会会長 殿

日本薬剤師会
会長 児玉 孝

薬歴の様式（初回患者質問票）の作成について

平素より、本会会務に格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、本会では、薬局における初回患者質問票を作成しましたのでお知らせいたします（別添）。

薬局における薬歴は、調剤の際に患者の基本情報を把握し、かつ、適切な服薬指導を行うために欠かせないツールです。特に、初回の質問票（以下、初回患者質問票）では、その患者の生活環境をはじめ、併用薬や副作用の有無、さらにはジェネリック医薬品への変更希望などを確認することが重要です。

しかし、薬歴については所定様式というものがありません。そのため、薬剤服用歴管理指導料などの算定要件と照らし合わせた際に、内容が十分ではないといった指摘も散見されます。

そのような背景を踏まえ、今般、本会・医療保険委員会では、薬局の薬剤師が患者に対してより質の高い薬剤服用歴の管理や服薬指導を提供できるように、1つの例示として初回患者質問票を作成いたしました。

つきましては、薬局において同様式をご活用いただきたいと存じますので、貴会会員にご周知くださいますよう、お願い申し上げます。

なお、本件につきましては、近日中に日薬会員向けホームページ上に掲載予定であることを申し添えます。

<別添>

1. 初回患者質問票（一般用）
2. 初回患者質問票（小児用）
3. 初回患者質問票（高齢者用）



患者さんの状況を把握し安全にお薬をお使いいただくための記録です

フリガナ			
お名前	(男・女)		
ご住所			
電話番号		生年月日	

《〈一般用〉》

ジェネリック医薬品を希望されますか？ 	はい・いいえ
お薬手帳を希望されますか？ ★既にお持ちの方は一緒にお出してください	はい・いいえ
アレルギー体質ですか？ 	はい・いいえ
	⇒ 喘息・アトピー・花粉症
	⇒ たまご・牛乳・青魚
今までお薬を飲んで、副作用が出た経験などはありますか？	はい・いいえ
	⇒ 具体的には？
右記の病気にかかったことはありますか？	はい・いいえ
	高血圧症・糖尿病・緑内障・肝臓病・腎臓病 胃、十二指腸潰瘍・前立腺肥大 その他 ()
他に飲んでいるお薬や健康食品、他の医療機関でもらっている薬などがありますか？ 	はい・いいえ
	⇒ 具体的には？
ご自分に当てはまる体質はありますか？	便秘しやすい・下痢しやすい 胃が弱い
生活やお仕事の環境であてはまるものはありますか？  	<ul style="list-style-type: none"> ● 食事は規則的ですか？ (はい・いいえ) ● グレープフルーツジュース(果肉を含む)はよくお飲みですか？ (はい・いいえ) ● 納豆をよく食べますか？ (はい・いいえ) ● お酒は飲みますか？ (はい・いいえ) ● タバコは吸いますか？ (はい・いいえ) ● コーヒーは飲みますか？ (はい・いいえ)
	<ul style="list-style-type: none"> ● 車の運転 (する・しない) ● 危険な作業 (する・しない) ● 高所作業 (する・しない)
★女性の方へ★ 妊娠中、または授乳中ですか？ 	はい・いいえ
	⇒ 妊娠中・授乳中

ご協力ありがとうございました。

〇〇薬局





(日本薬剤師会医療保険委員会作成・一般用)



患者さんの状況を把握し安全にお薬をお使いいただくための記録です

フリガナ		体重	
お名前	(男・女)		
ご住所			
電話番号		生年月日	

<<小児用>>

ジェネリック医薬品を希望されますか？ 	はい・いいえ
お薬手帳を希望されますか？ ★既にお持ちの方は一緒にお出してください	はい・いいえ
アレルギー体質ですか？ 	はい・いいえ
	⇒ 喘息・アトピー・花粉症
	⇒ たまご・牛乳 その他
今までお薬を飲んで、副作用が出た経験などはありますか？	はい・いいえ
	⇒ 具体的には？
他に飲んでいるお薬や健康食品、他の医療機関でもらっている薬などはありますか？ 	はい・いいえ
	⇒ 具体的には？
お子様に当てはまる体質はありますか？	便秘しやすい・下痢しやすい
お子様がお好きな飲食物は何ですか？	牛乳・チーズ その他の乳製品
お薬を飲ませる際に何か困ったことはありますか？ 	はい・いいえ
	飲ませるのに苦労する
	粉薬が飲めない
	錠剤、カプセルが飲めない

ご協力ありがとうございました。

〇〇薬局






(日本薬剤師会医療保険委員会作成・小児用)



患者さんの状況を把握し安全にお薬をお使いいただくための記録です

フリガナ			
お名前	(男・女)		
ご住所			
電話番号		生年月日	

<<高齢者用>>

ジェネリック医薬品を希望されますか？ 	はい・いいえ
お薬手帳を希望されますか？ ★既にお持ちの方は一緒にお出してください	はい・いいえ
アレルギー体質ですか？ 	はい・いいえ ⇒ 喘息・アトピー・花粉症 ⇒ たまご・牛乳・青魚
今までお薬を飲んで、副作用が出た経験などはありますか？	はい・いいえ ⇒ 具体的には？
右記の病気にかかったことはありますか？	はい・いいえ 高血圧症・糖尿病・緑内障・肝臓病・腎臓病 胃、十二指腸潰瘍・前立腺肥大 その他 ()
他に飲んでいるお薬や健康食品、他の医療機関でもらっている薬などがありますか？ 	はい・いいえ ⇒ 具体的には？
ご自分に当てはまる体質はありますか？	便秘しやすい・下痢しやすい・胃が弱い
生活やお仕事の環境であてはまるものはありますか？  	<ul style="list-style-type: none"> ● 食事は規則的ですか？ (はい・いいえ) ● グレープフルーツジュース(果肉を含む)はよくお飲みですか？ (はい・いいえ) ● 納豆をよく食べますか？ (はい・いいえ) ● お酒は飲みますか？ (はい・いいえ) ● タバコは吸いますか？ (はい・いいえ) ● コーヒーは飲みますか？ (はい・いいえ) <ul style="list-style-type: none"> ● 車の運転 (する・しない) ● 危険な作業 (する・しない) ● 高所作業 (する・しない)
お薬を飲むときに、何か困ることはありますか？ 	はい・いいえ 薬袋の文字が見えない・手が不自由 飲み方が分からない・カプセルが飲めない 粉薬が飲めない
介護保険の要介護認定・介護保険のサービスをお受けですか？	はい・いいえ デイサービス・訪問看護 その他 ()

ご協力ありがとうございました。

〇〇薬局

(日本薬剤師会医療保険委員会作成・高齢者用)