

# 薬事無料相談報告書 (FAX可)

令和 年 月

店名  
住所  
電話

閉店後対応回数 ⇒

回

相談内容・事例	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
A 病気・治療について	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
B 医薬品の効能・効果	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B
C 薬の副作用・安全性	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
D 薬の相互作用	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
E 健康食品・薬草等	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E
F 介護について	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F
G 後発医薬品について	G	G	G	G	G	G	G	G	G	G	G	G	G	G	G
H 保健相談(A~G以外)・禁煙相談	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H
相談 対象者 年齢	15歳未満	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	成人	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	75歳以上	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
相談 対象者 性別	男	男	男	男	男	男	男	男	男	男	男	男	男	男	男
	女	女	女	女	女	女	女	女	女	女	女	女	女	女	女

## 相 談 内 容 (○○について等)

一行程度に簡潔にお書き下さい

事例 1	8
2	9
3	10
4	11
5	12
6	13
7	14
	15

相談事例1件の時は1欄を使用して下さい。  
2件以降は順次使用して下さい。

- 1) 相談内容 : 内容ごとにA～Gのところに○をつけて下さい。  
1回の相談でも相談内容が複数に該当する時は、該当する全ての項目に○をつけて下さい。
- 2) 相談対象者 : 相談の対象者の年齢分類の番号のところに○をつけて下さい。  
(例えば、母親が子供のことで相談した場合、1に○をつけて下さい。)
- 3) 性別 : 対象者の性別、男か女のところに○をつけて下さい。
- 4) 相談内容 : 各事例の相談内容の具体例を記入して下さい。  
(具体例) 尚、この欄の番号と表の事例の番号は対応するようお願い致します。

- ※ 店名・住所・電話番号を忘れずに必ず記入して下さい。(ゴム印可)
- ◎ ご提出は事務局にお願い致します。(FAX.可) **FAX. 5848-4460**
- ※ 記入に際してご不明な点がございましたら事務局までご連絡下さい。

«一般社団法人 練馬区薬剤師会»

● 相談内容の振り分けは、下記を参考にして下さい ●

**A 病気・治療について の欄**

- \* 病気・治療 \* OTCその他 \* 漢方
- \* 食事・生活習慣について
- \* 医療機関への受診勧告・紹介

**B 医薬品の効能・効果 の欄**

- \* 効能・効果 \* 服用方法 \* 残薬について
- \* 自己判断による薬の増減・休薬

**C 薬の副作用・安全性 の欄**

- \* 副作用 \* 長期服用の不安
- \* 妊婦・授乳婦の薬について

**D 薬の相互作用 の欄**

- \* 相互作用 \* 処方薬と他科処方薬の併用
- \* 処方薬とOTCの併用

**E 健康食品・薬草等 の欄**

- \* 健康食品・薬草等に関する全般  
(効果や副作用、相互作用等すべて含む)

**F 介護について の欄**

- \* 介護に関する全般

**G 後発医薬品について の欄**

- \* 後発医薬品に関する全般

**H 保健相談(A～G以外)・禁煙相談 の欄**

- \* A～G以外 \* 処方薬の購入 \* 苦情
- \* 処方せんに関して(有効期限や処方日数・調剤報酬他)
- \* 禁煙相談

★ 禁煙相談の前には **(禁)** マークを付けて下さい