

# E-Prescribing

## 処方箋・問診票

(できるだけ英語でご記入ください)

Today's Date (日付)

/ /

### 当院の処方箋について

当院の処方箋は院外処方です。処方箋を普段ご利用されている薬局又は、ご自宅の近くの薬局にお送りします。

ベルビュープレミアデンタルではE-prescribingと呼ばれる電子処方箋での処方を導入しております。カルテに各患者様の薬局の登録・登録内容の変更が必要になります。薬局の情報・常用薬・持病・アレルギー等の変更がある場合は歯科医又は受付までお申し付けください。

<b>Name (氏名)</b>	<b>Last (姓)</b>	<b>First (名)</b>
<b>DOB (生年月日)</b>	/ /	<b>Age (年齢)</b>

### Pharmacy (ご利用の薬局)

※該当するものに  を入れてください。

**Preferred Pharmacy (薬局名)**  Fred Meyer  Costco  Walgreens  CVS  Rite Aid  Safeway  
 Walmart  QFC  その他 ( )

**Pharmacy Location (薬局所在地)** 例: CrossroadsのQFCなど

**Pharmacy Phone (薬局電話番号)**

### 下記質問にお答えください

※該当するものに  を入れてください。

**Allergic to any medications? (薬のアレルギーはありますか?)**  No  Yes Yesの場合、アレルギーのある薬を記入してください

**Pre-existing medical condition (何か持病はありますか?)**  No  Yes Yesの場合、持病を記入してください

**Any medication taken regularly? (いつも飲んでいる薬はありますか?)**  No  Yes Yesの場合、飲んでいる薬を記入してください

### 錠剤が困難な方で、お薬の処方についてのご要望があればご記入ください

※該当するものに  を入れてください。

散剤 (粉薬)  シロップ剤  その他 その他のご要望をお書きください

### 女性のみお答えください

※該当するものに  を入れてください。

**Taking birth control pills? (避妊薬を飲んでいますか?)**  No  Yes

**Are you or could you be pregnant or nursing? (妊娠中や授乳中であったり、またはその可能性がありますか?)**  No  Yes Yesを選択したかたは、以下ご記入をお願いします

**OB-GYN Name (産婦人科医名)**

**Phone (電話番号)**

**Due Date (出産日・出産予定日)** / /