



英・中・韓の3か国語対応 外国人対応フローチャート



※患者様の病状により、生活養生のみアドバイスするケースもあります。

Do you have a prescription? / 您持有药方吗? / 처방전을 갖고 계십니까?

(処方箋を持っていますか?)

YES / 네 / 有

処方箋がある場合
アンケートを書いてもらってから
服薬指導

NO / 아니요 / 没有

処方箋がない場合
病院へ行くか
ドラッグストアへ行くか確認

**Do you want to see a doctor?
您要去医院看医生吗?
병원에 가서 진료를 받으시겠습니까?**

(病院へ診断を受けに行きますか?)

YES / 네 / 有

病院に行く場合
アンケートを書いてもらってから
病院を紹介

NO / 아니요 / 没有

OTCのない薬局の場合
近くのドラッグストアを紹介
OTCのある薬局の場合
アンケートを書いてもらってから
OTCを提案

Please fill out the first questionnaire

请回答第一份问卷调查。

첫 번째 설문 조사를 작성해주세요.

(初回アンケートにご回答ください)

服薬指導

Please go to the hospital where you have symptoms

如果您有症状，请到附近医院。
증상이 있으면 병원에 가세요.

(症状にあった病院を受診してください ※近くの病院をご案内する)

OTC提案

Please go to the nearby drugstore

请您访问附近的药店。
가까운 약국에 가세요.

(近くのドラッグストアで購入してください ※近くのお店をご案内する)

「薬局で使える！初回アンケート」(別紙)をご利用下さい
※英・中・韓の3か国語対応!!



★無料★



服薬指導やOTC提案のときに役に立つ

「薬局で使える！指差しツール」を使おう



🔍 指差しツール アポプラス

Questionnaire ・ お伺書 (英語版)

If you don't have a prescription, Please fill in the following frame only.
処方箋のない方は、枠部分のみご記入ください。

In order to know about the safe use of medicines, please fill in the following questionnaire.

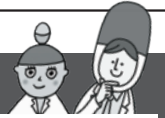
お薬を安全に使っていただくために質問しております。ご記入をお願いします。

Name _____ Sex Male Female _____ *In the case of children Weight _____ kg

Address _____ Phone No. _____

Would you like to use generic medicines? ジェネリック医薬品を希望されますか? Yes (はい) / No (いいえ)Please check all corresponding answers below.

What is wrong with you? 本日はどうしましたか



- | | | | | |
|---|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fever 【
熱がある | <input type="checkbox"/> Sore Throat
喉が痛い | <input type="checkbox"/> Cough
咳 | <input type="checkbox"/> Headache
頭痛 | <input type="checkbox"/> Chest Pain
胸痛 |
| <input type="checkbox"/> Rash
発疹 | <input type="checkbox"/> Palpitation
動悸 | <input type="checkbox"/> Shortness of Breath
息切れ | <input type="checkbox"/> Swelling
むくみ | <input type="checkbox"/> Dizziness
めまい |
| <input type="checkbox"/> Tightness in Chest
胸の圧迫感 | <input type="checkbox"/> Abdominal Pain
腹痛 | <input type="checkbox"/> Stomachache
胃痛 | <input type="checkbox"/> High Blood Pressure
高血圧 | <input type="checkbox"/> Numbness
しびれ |
| <input type="checkbox"/> Excessive Thirst
口の渇き | <input type="checkbox"/> Weight Loss
体重の減少 | <input type="checkbox"/> Abdomen feels Swollen
腰が張っている感じ | <input type="checkbox"/> Lose Appetite
食欲不振 | <input type="checkbox"/> Vomiting
嘔吐 |
| <input type="checkbox"/> Nausea
吐き気 | <input type="checkbox"/> Burn
やけど | <input type="checkbox"/> Tumour
おでき | <input type="checkbox"/> Lump
しこり | <input type="checkbox"/> Sprain
ひねった |
| <input type="checkbox"/> Hemorrhoids
痔 | <input type="checkbox"/> Bloody Stools
血便 | <input type="checkbox"/> Others 【
その他 | | 】 |

How long have you had problems? それはいつ頃からですか?

Since _____ Year _____ Month _____ Day _____

Are you allergic to any medications, food or other substance? 薬や食物等でアレルギーを生じたことがありますか?

 Yes (はい) 【 Medication (薬) Food (食べ物) Others (その他) _____] / No (いいえ)

Are you currently taking any medicines? 現在飲んでいる薬はありますか?

 Yes (はい) 【 Medicine's name _____] / No (いいえ)

PLEASE SHOW US IF YOU HAVE MEDICINES. 持っていれば見せてください。

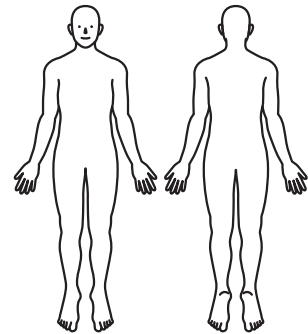
For women only 女性の方への質問です

Are you pregnant, or is there a possibility of pregnancy? 妊娠していますか、またその可能性はありますか?

 Yes (はい) 【 _____ months] / No (いいえ)Are you presently breastfeeding? 授乳中ですか Yes (はい) / No (いいえ)

Please circle the corresponding part of the picture below.

その箇所に丸印を付けてください



Please tell us your Medical History. 病歴を教えてください

- | | | | | |
|---|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nothing
特になし | <input type="checkbox"/> Heart Disease
心疾患 | <input type="checkbox"/> Liver Disease
肝疾患 | <input type="checkbox"/> Kidney Disease
腎疾患 | <input type="checkbox"/> Glaucoma
緑内障 |
| <input type="checkbox"/> Gastric Hyperacidity
胃酸過多 | <input type="checkbox"/> Stomach Ulcer
胃潰瘍 | <input type="checkbox"/> Duodenal Ulcer
十二指腸潰瘍 | <input type="checkbox"/> Diabetes
糖尿病 | <input type="checkbox"/> Diarrhoea
下痢症 |
| <input type="checkbox"/> Constipation
便秘症 | <input type="checkbox"/> Asthma
喘息 | <input type="checkbox"/> Enlargement of the Prostate
前立腺肥大 | | |
| <input type="checkbox"/> Allergies : Milk / Eggs / Fish / Atopic Dermatitis (Dermatitis) / Hay Fever (Nasal Inflammation) / Others 【
アレルギー 牛乳 卵 魚 アトピー (皮膚炎) 花粉症 (鼻炎) その他 _____] | | | | |

• Has the disease been cured? その病気は治りましたか Yes (はい) / No (いいえ)

Have you ever experienced any 'Side effects' of a medicine? 副作用歴を教えてください

 Yes (はい) 【 Medicine's name _____] / No (いいえ)

Symptoms (副作用の症状) :

- | | | | | | |
|--|---|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Itch
発疹、かゆみ | <input type="checkbox"/> Pyrazolone Allergy
ピリン疹・ピリンアレルギー | <input type="checkbox"/> Cough
咳 | <input type="checkbox"/> Headache
頭痛 | <input type="checkbox"/> Feel sleepy
眠気 | <input type="checkbox"/> Dizziness
めまい |
| <input type="checkbox"/> Stomach-ache
腹痛 | <input type="checkbox"/> Nausea
吐き気 | <input type="checkbox"/> Diarrhoea
下痢 | <input type="checkbox"/> Constipation
便秘 | <input type="checkbox"/> Others 【
その他 _____] | |

What medicine can you take? 飲めるお薬はどれですか? Tablet 錠剤 Capsule カプセル Powder 粉薬 Syrup シロップDo you drive a car or a motorcycle? 自動車・バイクを運転しますか? Yes (はい) / No (いいえ)Do you drink? お酒を飲みますか? Yes (はい) (_____ ml / a day) / No (いいえ) (_____ ml / 日)Do you smoke? タバコを吸いますか? Yes (はい) (_____ cigarettes / a day) / No (いいえ) (_____ 本 / 日)

问卷调查 · お伺書 (中国語版)

如果您没有药方,只填写方框内的部分即可。
処方箋のない方は、枠部分のみご記入ください。

为了您的安全用药,请填写以下内容。
お薬を安全に使っていただくために質問しております。ご記入をお願いします。

姓名 _____ 性别 男 女 _____ *如果是儿童 体重 _____ kg

地址 _____ 电话 _____

您愿意服用非专利药吗? ジェネリック医薬品を希望されますか? 有 (はい) / 没有 (いいえ)

请在以下内容中选择所有相应的事项。

您哪里不舒服吗? 本日はどうしましたか

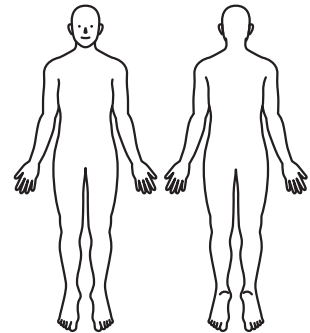


- | | | | | |
|--|---|--|---------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 发烧【 °C】
熱がある | <input type="checkbox"/> 喉咙痛
喉が痛い | <input type="checkbox"/> 咳嗽
咳 | <input type="checkbox"/> 头痛
頭痛 | <input type="checkbox"/> 胸痛
胸痛 |
| <input type="checkbox"/> 疹子
発疹 | <input type="checkbox"/> 心悸
動悸 | <input type="checkbox"/> 气喘
息切れ | <input type="checkbox"/> 浮肿
むくみ | <input type="checkbox"/> 头晕
めまい |
| <input type="checkbox"/> 胸部压迫
胸の圧迫感 | <input type="checkbox"/> 腹痛
腹痛 | <input type="checkbox"/> 胃痛
胃痛 | <input type="checkbox"/> 高血压
高血圧 | <input type="checkbox"/> 麻痹
しびれ |
| <input type="checkbox"/> 口渴
口の渇き | <input type="checkbox"/> 体重的减少
体重の減少 | <input type="checkbox"/> 有腹部肿胀的感觉
腰が張っている感じ | <input type="checkbox"/> 食欲不振
食欲不振 | <input type="checkbox"/> 呕吐
嘔吐 |
| <input type="checkbox"/> 恶心
吐き気 | <input type="checkbox"/> 烫伤
やけど | <input type="checkbox"/> 肿瘤
おでき | <input type="checkbox"/> 肿块
しこり | <input type="checkbox"/> 扭伤
ひねった |
| <input type="checkbox"/> 痔疮
痔 | <input type="checkbox"/> 血便
血便 | <input type="checkbox"/> 其他【
その他 | | |

症状是什么时候开始的? それはいつ頃からですか?
从 _____ 年 _____ 月 _____ 日开始

请在以下图中圈出所有相应的事项。
その箇所に丸印を付けてください

您对药物或者食物有过敏反应吗? 薬や食物等でアレルギーを生じたことがありますか?
 有 (はい) 【 药物 (薬) 食物 (食べ物) 其他 (その他) _____] / 没有 (いいえ)



您目前正在服药吗? 現在飲んでいる薬はありますか?
 有 (はい) 【 药名 _____] / 没有 (いいえ)

现在有的话,请给我看一下。 持っていれば見せてください。

这是对女性的问题。 女性の方への質問です

您有怀孕吗? 或者有怀孕的可能性吗? 妊娠していますか、またその可能性はありますか
 有 (はい) 【 _____ 个月] / 没有 (いいえ)

您目前正在母乳喂养吗? 授乳中ですか 有 (はい) / 没有 (いいえ)

请告诉我您的病史。 病歴を教えてください

- | | | | | |
|--|-------------------------------------|---|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 没有
特になし | <input type="checkbox"/> 心脏病
心疾患 | <input type="checkbox"/> 肝病
肝疾患 | <input type="checkbox"/> 肾脏疾病
腎疾患 | <input type="checkbox"/> 绿内障
緑内障 |
| <input type="checkbox"/> 胃酸增高
胃酸過多 | <input type="checkbox"/> 胃溃疡
胃潰瘍 | <input type="checkbox"/> 十二指肠溃疡
十二指腸潰瘍 | <input type="checkbox"/> 糖尿病
糖尿病 | <input type="checkbox"/> 腹泻
下痢症 |
| <input type="checkbox"/> 便秘
便秘症 | <input type="checkbox"/> 气喘
喘息 | <input type="checkbox"/> 前列腺增大
前立腺肥大 | | |
| <input type="checkbox"/> 过敏症: 牛奶 / 鸡蛋 / 鱼 / 特应性皮炎 / 花粉症 (鼻炎) / 其他【
アレルギー 牛乳 卵 魚 アトピー (皮膚炎) 花粉症 (鼻炎) その他 _____] | | | | |

• 那个病治好了吗? その病氣は治りましたか 有 (はい) / 没有 (いいえ)

您曾经经历过药物的“副作用”吗? 副作用歴を教えてください

有 (はい) 【 药名 _____] / 没有 (いいえ)

症状 (副作用の症状):

- | | | | | | |
|---------------------------------------|--|-----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 发痒
発疹、かゆみ | <input type="checkbox"/> 吡唑啉酮过敏
ピリン疹・ピリンアレルギー | <input type="checkbox"/> 咳嗽
咳 | <input type="checkbox"/> 头痛
頭痛 | <input type="checkbox"/> 欲睡
眠気 | <input type="checkbox"/> 头晕
めまい |
| <input type="checkbox"/> 腹痛
腹痛 | <input type="checkbox"/> 恶心
吐き気 | <input type="checkbox"/> 腹泻
下痢 | <input type="checkbox"/> 便秘
便秘 | <input type="checkbox"/> 其他【
その他 | |

您可以喝哪种药? 飲めるお薬はどれですか? 药片 錠剤 胶囊 カプセル 粉 粉薬 液体 シロップ

您有开车或骑摩托车吗? 自動車・バイクを運転しますか? 有 / 没有

您喝酒吗? お酒を飲みますか? 有 (はい) _____ ml / 天 / _____ ml / 日 没有 (いいえ)

您抽烟吗? タバコを吸いますか? 有 (はい) _____ 根 / 天 / _____ 本 / 日 没有 (いいえ)

설문 조사 · お伺書 (韓国語版)

처방전이 없으신 분은 네모 안에만 기입해주세요.
処方箋のない方は、枠部分のみご記入ください。

약을 안전하게 사용하기 위해 아래 설문 조사에 대답해주세요.
お薬を安全に使っていただくために質問しております。ご記入をお願いします。

이름 _____ **성별** 남 여 ***어린이일 경우 체중** _____ **kg**

주소 _____ **전화번호** _____

복제약품을 원하십니까? ジェネリック医薬品を希望されますか? 네 (はい) / 아니요 (いいえ)

아래 중, 해당되는 사항에 모두 체크를 하세요.

어다가 불편하십니까? 本日はどうしましたか

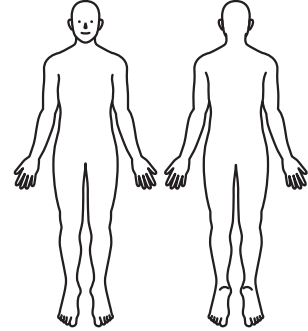


- | | | | | |
|--|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 발열 【 °C】
熱がある | <input type="checkbox"/> 목이 아픴
喉が痛い | <input type="checkbox"/> 기침
咳 | <input type="checkbox"/> 두통
頭痛 | <input type="checkbox"/> 흉통
胸痛 |
| <input type="checkbox"/> 발진
発疹 | <input type="checkbox"/> 심계항진
動悸 | <input type="checkbox"/> 숨이 참
息切れ | <input type="checkbox"/> 부종
むくみ | <input type="checkbox"/> 어지럼증
めまい |
| <input type="checkbox"/> 흉부 압박감
胸の圧迫感 | <input type="checkbox"/> 복통
腹痛 | <input type="checkbox"/> 위 통증
胃痛 | <input type="checkbox"/> 고혈압
高血圧 | <input type="checkbox"/> 마비
しびれ |
| <input type="checkbox"/> 목이 마름
口の渇き | <input type="checkbox"/> 체중 감소
体重の減少 | <input type="checkbox"/> 복부 팽만감
腰が張っている感じ | <input type="checkbox"/> 식욕부진
食欲不振 | <input type="checkbox"/> 구토
嘔吐 |
| <input type="checkbox"/> 구역
吐き気 | <input type="checkbox"/> 화상
やけど | <input type="checkbox"/> 종기
おでき | <input type="checkbox"/> 덩어리
しこり | <input type="checkbox"/> 염좌
ひねった |
| <input type="checkbox"/> 치질
痔 | <input type="checkbox"/> 혈변
血便 | <input type="checkbox"/> 기타 【
その他 | | |

증상은 언제부터 있으셨나요? それはいつ頃からですか?
_____년 _____월 _____일부터

아래 그림에 해당되는 사항을 동그라미로 표기해주세요.
その箇所に丸印を付けてください

약 또는 음식에 대한 알레르기가 있나요? 薬や食物等でアレルギーを生じたことがありますか?
 있음 (はい) 【 약(薬) 음식(食べ物) 기타(その他) _____] / 없음 (いいえ)



현재 복용하고 계신 약이 있나요? 現在飲んでいる薬はありますか?
 있음 (はい) 【 약 이름 _____] / 없음 (いいえ)

지금 갖고 계시면 보여주세요。持っていれば見せてください。

여성 분들에게 질문 女性の方への質問です

- 현재 임신 중 또는 임신 가능성이 있으신가요?** 妊娠していますか、またその可能性はありますか?
 있음 (はい) 【 _____ 개월] / 없음 (いいえ)
- 현재 모유수유 중이신가요?** 授乳中ですか 네 (はい) / 아니요 (いいえ)

병력이 있으면 기입해주세요. 病歴を教えてください

- | | | | | |
|---|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 없음
特になし | <input type="checkbox"/> 심장질환
心疾患 | <input type="checkbox"/> 간질환
肝疾患 | <input type="checkbox"/> 신장질환
腎疾患 | <input type="checkbox"/> 녹내장
緑内障 |
| <input type="checkbox"/> 위산과다
胃酸過多 | <input type="checkbox"/> 위궤양
胃潰瘍 | <input type="checkbox"/> 십이지장궤양
十二指腸潰瘍 | <input type="checkbox"/> 당뇨병
糖尿病 | <input type="checkbox"/> 설사
下痢症 |
| <input type="checkbox"/> 변비
便秘症 | <input type="checkbox"/> 천식
喘息 | <input type="checkbox"/> 전립선 비대증
前立腺肥大 | | |
| <input type="checkbox"/> 알레르기: 우유 / 계란 / 생선 / 아토피 피부염 / 꽃가루 알레르기 (비염) / 기타 【
アレルギー 牛乳 / 卵 / 魚 / アトピー(皮膚炎) / 花粉症(鼻炎) その他 _____] | | | | |

그 병은 완치되었나요? その病氣は治りましたか 네 (はい) / 아니요 (いいえ)

과거 약 복용 후 부작용이 나타난 적이 있나요? 副作用歴を教えてください
 네 (はい) 【 약 이름 _____] / 아니요 (いいえ)

증상(副作用の症状):

- | | | | | | |
|--|--|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 발진
発疹、かゆみ | <input type="checkbox"/> 필라졸론 알레르기
ピリン疹・ピリンアレルギー | <input type="checkbox"/> 기침
咳 | <input type="checkbox"/> 두통
頭痛 | <input type="checkbox"/> 졸림
眠気 | <input type="checkbox"/> 어지럼증
めまい |
| <input type="checkbox"/> 복통
腹痛 | <input type="checkbox"/> 구역
吐き気 | <input type="checkbox"/> 설사
下痢 | <input type="checkbox"/> 변비
便秘 | <input type="checkbox"/> 기타 【
その他 | |

어떤 종류의 약을 드실 수 있나요? 飲むお薬はどれですか? 정제(錠剤) 캡슐(カプセル) 가루(粉薬) 시럽(シロップ)

자동차나 오토바이를 운전하시나요? 自動車・バイクを運転しますか? 네 (はい) / 아니요 (いいえ)

술을 마시나요? お酒を飲みますか? 네 (はい) _____ ml/일 / 아니요 (いいえ)

흡연하시나요? タバコを吸いますか? 네 (はい) _____ 개/일 / 아니요 (いいえ)

기입해주시는 정보는 엄격하게 관리되어 제3자 또는 외부에 일절 공개하지 않습니다. 협조해주시서 감사합니다.
プライバシーに関して：ご記入頂いた情報は厳重に管理し、第三者あるいは外部には一切公開しません。ご協力ありがとうございました。