

E-Prescribing

BRANNON CROSSING

Family Dental

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。

2021年1月1日よりケンタッキー州ではE-Prescribingと呼ばれる電子処方箋での処方が必須になりますので、当院でも2020年10月から導入しております。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。

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

Pharmacy (ご利用の薬局)	※該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。
Preferred Pharmacy (薬局名)	<input type="checkbox"/> Kroger <input type="checkbox"/> Walmart <input type="checkbox"/> Walgreens <input type="checkbox"/> CVS <input type="checkbox"/> Rite Aid <input type="checkbox"/> Meijer <input type="checkbox"/> その他 ()
Pharmacy Location (薬局所在地)	例:Tates Creek の Kroger 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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?)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Yesの場合、アレルギーので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?)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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?)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。
<input type="checkbox"/> 散剤 (粉薬) <input type="checkbox"/> シロップ剤 <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。	
Taking birth control pills? (避妊薬を飲んでいますか?)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
Are you or could you be pregnant or nursing? (妊娠中や授乳中であつたり、またはその可能性がありますか?)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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) / /