

在宅服薬気づきシート

記入日： 年 月 日

記入者名： _____

事業所名： _____

連絡先 電話： _____

FAX： _____

利用者名： _____

確認日： _____

性別： 男・女 年齢： 歳

介護度：要支援1・2 要介護1・2・3・4・5 申請中

同居家族の有無： 有・無

利用中又は予定サービス： _____

* 1～4 は、必ずご記入ください。

1	薬の使用の有無（処方薬について）	<input type="checkbox"/> 飲み薬あり	<input type="checkbox"/> 外用薬のみ	<input type="checkbox"/> 使用薬なし
2	訪問服薬指導（居宅療養管理指導）の有無	<input type="checkbox"/> 利用中	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> その他
3	想定以上の残薬がある	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明または 判断出来ない
4	薬に関する次の問題がある、又は感じられる（複数回答可）	<input type="checkbox"/> 飲み忘れ・ 間違い	<input type="checkbox"/> 飲みにくさ	<input type="checkbox"/> 理解不足
		<input type="checkbox"/> 不安・疑問	<input type="checkbox"/> その他（自由 記載へ）	<input type="checkbox"/> 該当なし
5	複数の医療機関を受診している	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 不明
6	複数の薬局から調剤を受けている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 不明
7	6種類以上の内服薬を飲んでいる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 不明
8	薬を一包化している	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 不明
9	市販薬やサプリメント等を服用している	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 不明
10	その他気になること（自由記載）			

回答

返信日： 年 月 日

記入者名： _____

事業所名： _____

連絡先 電話： _____

FAX： _____

〔回答〕