

枚方市薬剤師会 おくすり事前チェック&相談シート

新規・更新

平成 年 月 日

事業所名 _____

担当者氏名 _____

職種 _____

利用者氏名 _____	年齢 _____	性別 男 ・ 女 _____
疾患名 _____		
生活状況 独居・同居・その他 (_____)		
介護度 申請中 要支援 (1・2) 要介護 (1・2・3・4・5)		

① 服薬について ※該当する項目に○印

1	薬を服用していますか	はい	いいえ	不明
2	お薬手帳を持っていますか	はい	いいえ	不明
3	2ヶ所以上の医療機関から薬をもらっていますか	はい	いいえ	不明
4	薬のアレルギーはありますか	はい	いいえ	不明
	「はい」の方 薬品名 (_____)			
5	主治医は本人の服薬状況を把握していますか (複数の医療機関を受診している場合)	はい	いいえ	不明
6	サプリメントを服用していますか	はい	いいえ	不明
7	睡眠剤や精神安定剤を服用していますか	はい	いいえ	不明
8	薬やサプリメントの飲み合わせをかかりつけ薬局の薬剤師に相談していますか	はい	いいえ	不明
9	残っているお薬はありますか	はい	いいえ	不明
10	服用している薬の名前と飲み方を記載してください シート・一包化・粉碎・その他 (_____)			

② 薬の管理と服用について ※該当する項目に○印

1	薬の管理は誰がおこなっていますか 本人 家族 その他 (_____)		
2	薬は指示通りの方法で服用できていますか	はい	いいえ
3	2で「いいえ」と答えた方へ 薬を飲めない原因は何にあると思いますか ・飲み込めない ・飲み込みにくい ・服薬拒否 ・飲み忘れる ・服薬確認ができていない ・服用回数や種類が多い ・その他 (_____)		
3	利用者様は薬について疑問を抱く、または服用に不安を感じておられますか	はい	いいえ
4	利用者様は薬に関して相談できる相手がおられますか	はい	いいえ

