

おくすりチェックシート

資料3-2

令和 年 月 日

フリガナ	
お名前	男 ・ 女
生年月日	年 月 日 (歳)
ご住所	
電話番号	

記入者 () 続柄 ()	
1	今までお薬を服用して副作用が出た経験はありますか？ ☐ いいえ ☐ はい ()
	アレルギーについて（おくすり、たべもの他）あれば教えてください ☐ なし ☐ あり ()
3	現在治療中の病気： 現在服用中のお薬：
4	他に飲んでいる薬、市販薬、健康食品などがありますか ☐ なし ☐ あり ()
	おくすりの介助の方法 ☐ 介助されていない ☐ 一部必要 ☐ 全介助 特記事項
6	おくすりの管理方法 ☐ 一包化 ☐ おくすりカレンダー ☐ その他 () ☐ なし
	おくすりについてのお悩みについて ☐ 飲み忘れる（程度 ()) ☐ 飲み方がわからない ☐ 飲みにくい（錠剤・カプセル・粉） ☐ 取り出しにくい ☐ その他 () ☐ なし
8	おくすりを飲むときの工夫について ☐ なし ☐ 粉砕 ☐ ゼリー、とろみづけ、オブラート
	おくすりに関する希望事項 ☐ なし ☐ あり ☐ おくすりの数を減らしたい ☐ 回数を減らしたい ☐ 飲みやすく工夫して欲しい ☐ 管理を工夫して欲しい ☐ 薬剤師に訪問してほしい ☐ 副作用について相談したい その他 ()

くすりの副作用確認表

記入者名

事業所名

調査日 令和 年 月 日

最近下記の症状があったかどうかチェックしてください

1 最近食欲が低下したと感じる	2 みそ汁、お茶、お水等飲み物でむせる事がある
 ☐ はい ☐ いいえ	 ☐ はい ☐ いいえ
3 最近吐き気や胃がムカムカすることがある	4 口の渇きがひどくなった
 ☐ はい ☐ いいえ	 ☐ はい ☐ いいえ
5 時々頭痛やめまい、ふらつきを感じる	6 6カ月以内に転倒したことがある
 ☐ はい ☐ いいえ	 ☐ はい ☐ いいえ 合計 回 ()
7 最近ひどく疲れることがある	8 薬を飲んで日中の眠気が続くことがある
 ☐ はい ☐ いいえ	 ☐ はい ☐ いいえ
9 まわりから物忘れを指摘されたことがある	10 最近よくよしたり気分が沈むことが多い
 ☐ はい ☐ いいえ	 ☐ はい ☐ いいえ
11 尿が出にくくなった、排尿回数が増えた	12 便秘がひどくなった、など排便トラブルあり
 ☐ はい ☐ いいえ 日中 回 夜間 回	 ☐ はい ☐ いいえ 排便回数(日に 回)