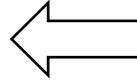


## お薬相談シート

令和 年 月 日

(薬局)	様
TEL:	
FAX:	

(事業所)	
(氏名)	発
訪問看護師・ケアマネジャー・その他( )	
TEL:	
FAX:	



## 利用者（在宅療養者）情報

ふりがな		生年月日	年 月 日 ( 歳)
利用者氏名			
要介護度	申請中 / 要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5		
疾患名称			
医療機関名 (複数の場合は 複数記載)		主治医	
サービス利用	無・有	種類	訪問看護・訪問介護・デイケア・デイサービス・その他( )
生活情報	家族同居 ・ 日中のみ独居 ・ 独居 ・ その他 ( )		

## お薬に関する情報

## ケアマネジャー等利用者支援の方がご記入ください

利用者情報	1	使用中のお薬手帳はありますか？	Yes ・ No ・ 不明	冊数： 冊
	2	2か所以上の医療機関にかかっていますか？	Yes ・ No ・ 不明	
	3	2か所以上の薬局にかかっていますか？	Yes ・ No ・ 不明	
	4	主に薬の管理を行っているのは誰ですか？	本人 ・ 家族 ・ ホームヘルパー ・ 訪問看護師 ・ その他 ( )	
	5	薬の管理方法はどのようにしていますか？	本人任せ ・ お薬カレンダー ・ 薬箱 ・ その他 ( )	
	6	医師の指示通りに服用できていますか？	Yes ・ No ・ 不明	
	7	【6でNoと回答した場合】(複数回答可) 服用できない原因を選んでください	失念 ・ 嚥下困難 ・ 服薬拒否 その他 ( )	
	8	残薬(余っている薬)はたくさんありますか？	Yes ・ No ・ 不明	
	9	薬のことで、疑問や不安等お困りはありますか？	Yes ・ No ・ 不明	
支援者	10	支援者の方が訪問等をする中で、お薬についてお気づきになること、お困りのこと等があれば記入してください(自由回答)		

## 返信コメント

	返信者名：
--	-------

今回の情報提供にあたっては、

- ご本人・ご家族の同意を得ております。( 年 月 日同意)
- 契約時の同意に基づいて提供しています