別紙　１

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 ・ ｹｱﾏﾈｼﾞｬｰ ・ 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 | |  |
| ｻｰﾋﾞｽ利用 | 無 ・ 有 | 種類 | 訪問看護 ・ 訪問介護 ・ ﾃﾞｲｹｱ ・ ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽ ・ 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を支援する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

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

返信者名：