

薬剤情報提供シート

一般社団法人 藤沢市薬剤師会 作成

Ver. 1.3 2022.2.27

記入日 年 月 日

記入者 所属

氏名	年齢	歳	性別	男・女	介護度	要介護・要支援	・非該当
1 現在使用しているお薬・用法用量を全てご記入ください (お薬手帳のコピー添付でも結構です)							
2 通院中の医療機関は何力所ですか？		力所					
医療機関名							
3 医療機関までの交通手段を教えてください		公共交通機関	タクシー	車	バイク・自転車	徒歩	
同行者		なし(本人のみ)	家族	知人	その他		
4 医師の往診・訪問診療を受けていますか？		はい	いいえ				
5 かかりつけ薬局はありますか？		ある	ない	複数の薬局でお薬をもらっている			
6 薬局にはどなたが行っていますか？		本人	家族	知人	その他		
7 薬局までの交通手段を教えてください		公共交通機関	タクシー	車	バイク・自転車	徒歩	
同行者		なし(本人のみ)	家族	知人	その他		
8 薬剤師の訪問薬剤管理を受けていますか？		はい	いいえ				
9 お薬の管理はどなたが行っていますか？		本人	家族	訪問看護師	訪問薬剤師	ヘルパー	その他
10 お薬は一包化されていますか？		されている	されていない		希望あり	希望なし	
		PTPシートのまま		PTPシートを切り刻んでいる			
11 お薬はどのように保管されていますか？		薬袋のまま	箱や缶など	お薬カレンダー	その他		
12 お薬について、以下のような問題点はないでしょうか？							
○お薬を飲み忘れることが多かったり、残ってしまう薬がある						はい	いいえ
○お薬の種類が多いので減らしたい						はい	いいえ
○錠剤・カプセルが飲みにくいので、口で溶ける錠剤(口腔内崩壊錠)や粉薬を希望する						はい	いいえ
13 お薬を服用していて、以下のような症状がありますか？							
○めまい・ふらつきを感じたり、転倒したことがある						はい	いいえ
○気分が落ち込んだり、急激に物忘れがひどくなっている						はい	いいえ
○口やのどがとても乾きやすい						はい	いいえ
○食欲がないことがある						はい	いいえ
○便秘になることがある						はい	いいえ
○尿が出にくい または 失禁したことがある						はい	いいえ
14 1日の食事の回数と時間を教えてください。		回	時間	/	/	/	