

在宅気づきシート（薬剤情報）

(サービス提供者)		(ケアマネジャー)		(薬剤師)	
事業所名		事業所名		薬局名	
担当者名		担当者名		担当者名	
TEL		TEL		TEL	
FAX		FAX		FAX	
E-mail		E-mail		E-mail	

フリガナ	介護事業所からペーパーでこの情報をもらう必要はなく、電話や事業所のモニタリング表からの情報でかまわない。届いた情報を「気づき内容」に記入する。			<input type="checkbox"/> 男	生年月日	年 月 日 (歳)
患者氏名				<input type="checkbox"/> 女		
住所	〒					
	TEL : -					
介護度	要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 事業対象者					
	要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5					

気づき内容	<input type="checkbox"/> 薬の飲み忘れが多い <input checked="" type="checkbox"/> 薬を飲まない <input type="checkbox"/> 正しい服薬ができていない <input type="checkbox"/> 薬が飲みにくい(服薬困難) <input type="checkbox"/> 副作用の疑い(発疹・下痢・便秘・眠気・その他) <input type="checkbox"/> 複数の医療機関の薬を服用している <input checked="" type="checkbox"/> 薬が残っている <input type="checkbox"/> サプリメント・市販薬を服用している					
	【その他】 <input type="checkbox"/> 上記の項目以外に専門職に伝えたい、あるいは助言を得たいことについて記入。項目で迷うことがあればここに記入する。					
原因・背景	<input type="checkbox"/> 認知機能の低下 <input checked="" type="checkbox"/> 理解不足 <input type="checkbox"/> 身体的要因 <input checked="" type="checkbox"/> 介護力不足 <input checked="" type="checkbox"/> その他(「トイレが近くなる」と言って薬をより分けている。長男と二人暮らしで、3食はほとんど一人)					
薬剤師に期待するサポート	<input type="checkbox"/> 薬の調整・処理 <input type="checkbox"/> 服薬支援 <input checked="" type="checkbox"/> 薬の相談 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 上記の3項目以外に期待するサポートを記入する。					
服薬している薬	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 【薬名】※お薬手帳や薬剤情報提供書があれば添付してください。 <input type="checkbox"/> (朝夕食後) <input type="checkbox"/> (朝食後) <input checked="" type="checkbox"/> (朝食後) <input type="checkbox"/> (朝食後) <input checked="" type="checkbox"/> (就寝)					
薬の主な管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族() <input type="checkbox"/> その他(<input type="checkbox"/> 介護事業所など、管理について本人、家族以外の者が行っている場合に記入。服薬行為の支援ではない。					
その他(特記事項等)	<input type="checkbox"/> 上記の項目以外に有効な助言をもらうために必要な情報を記入する。					

薬剤師からの返信欄	記入日 年 月 日