

# お薬や体調が気になった時のお助けシート

ケアマネジャー ⇒ 薬剤師 ⇒ 医師及びケアマネジャー

※下記項目の**変化を感じた場合に連絡してください。特に太線枠内の変化があれば早急にご連絡を下さい!**

記入日 年 月 日

利用者氏名	様	生年月日	年 月 日 ( 歳)
男 ・ 女	申請中 要支援1 2 要介護1 2 3 4 5	独居・同居・その他 ( )	

※以下の項目で**気になるもの**があればを入れてください。

服薬状況について	<input type="checkbox"/> 想定以上の残薬がある
	薬に関する次の問題がある、または感じられる <input type="checkbox"/> 飲み忘れ・間違い <input type="checkbox"/> 飲みにくさ <input type="checkbox"/> 理解不足 <input type="checkbox"/> 不安・疑問 <input type="checkbox"/> その他(自由記載へ) 自由記載 ( )
	<input type="checkbox"/> 複数の医療機関を受診している
	<input type="checkbox"/> 複数の薬局から調剤を受けている
	<input type="checkbox"/> 6種類以上の内服薬を飲んでいる
	<input type="checkbox"/> 市販薬やサプリメント等を服用している ( )
食事について	<input type="checkbox"/> 食欲がない <input type="checkbox"/> 口が乾く <input type="checkbox"/> その他( )
排泄について	<input type="checkbox"/> 尿の回数が多い <input type="checkbox"/> 尿の量が多い <input type="checkbox"/> 尿の量が少ない <input type="checkbox"/> 尿が出ない <input type="checkbox"/> 尿臭がある <input type="checkbox"/> 下痢が続いている <input type="checkbox"/> 便秘している <input type="checkbox"/> その他( )
運動機能について	<input type="checkbox"/> ふらつき・転倒がある <input type="checkbox"/> 筋力低下がある <input type="checkbox"/> その他 ( )
皮膚状態について	<input type="checkbox"/> 湿疹が出ている <input type="checkbox"/> かぶれがある <input type="checkbox"/> 赤くなっている部分ある <input type="checkbox"/> 傷が治りにくい <input type="checkbox"/> その他( )
精神状況について	<input type="checkbox"/> 眠れない <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴等がある <input type="checkbox"/> 怒りっぽくなった <input type="checkbox"/> 物忘れが増えている <input type="checkbox"/> ポーっとしていることが多い <input type="checkbox"/> 元気がない <input type="checkbox"/> その他( )
その他	

## 【ケアマネジャー記入欄】

ケアマネジャー氏名		
事業所名	TEL	FAX
利用中の介護サービス		
<input type="checkbox"/> 早急な回答を必要とします(理由を報告事項欄に記入) <input type="checkbox"/> 折を見て回答をください <input type="checkbox"/> ご報告のみ <input type="checkbox"/> 服薬状況が改善しました ※ 該当項目に <input type="checkbox"/> を入れてください。 急ぐ場合は理由を記載してください。		
【報告事項】		

## 【薬剤師記入欄】 ※担当ケアマネジャーからの気になる変化の報告です。必ず返信をしてください。

薬局名	薬剤師氏名
<input type="checkbox"/> 確認しました <input type="checkbox"/> 後日連絡します <input type="checkbox"/> 処方医に相談します <input type="checkbox"/> 薬に関連したものではないと考えられます	
【報告事項】	