

記載日： 年 月 日

記載者：

確認欄

|               |   |   |                                    |                                    |
|---------------|---|---|------------------------------------|------------------------------------|
| 患者氏名          | 性別  | (男・女)   | 生年月日                               |                                    |
| 主病名           |   |   |                                    |                                    |
| 併存疾患          |   |   |                                    |                                    |
| 身長・体重         | cm  | kg  |                                    |                                    |
| 居住形態          | <input type="checkbox"/> 独居                                 | <input type="checkbox"/> 同居 ( )   | <input type="checkbox"/> 施設        |                                    |
| 要支援・要介護度      | <input type="checkbox"/> 要支援 (1・2)                          | <input type="checkbox"/> 要介護 (1・2・3・4・5)  | 取得日： ( )                           |                                    |
| 副作用歴          | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( ) |   |                                    |                                    |
| アレルギー歴        | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( ) |   |                                    |                                    |
| 一般用医薬品・サプリメント | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( ) |   |                                    |                                    |
| 食物との相互作用      | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( ) |   |                                    |                                    |
| 服薬管理          | 服薬管理者   | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 ( ) <input type="checkbox"/> その他介護者 ( ) <input type="checkbox"/> 施設管理   |                                    |                                    |
|               | 調剤方法  | <input type="checkbox"/> PTPのみ <input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 部分一包化<br><input type="checkbox"/> 配薬BOXセット交付 <input type="checkbox"/> 服薬カレンダーセット交付   |                                    |                                    |
|               | 経口薬内服方法   | <input type="checkbox"/> 経口 (錠剤) <input type="checkbox"/> 経口 (粉砕) <input type="checkbox"/> 経管 (粉砕・簡易懸濁)   |                                    |                                    |
|               | 経口補助剤   | <input type="checkbox"/> 必要なし <input type="checkbox"/> トロミ <input type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> その他 ( )  |                                    |                                    |
|               | 内服困難な剤形   | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> カプセル <input type="checkbox"/> OD錠 <input type="checkbox"/> 大きい錠剤 <input type="checkbox"/> 散剤 <input type="checkbox"/> 水剤   |                                    |                                    |
|               | 内服介助  | <input type="checkbox"/> 必要なし <input type="checkbox"/> 一部介助 ( <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 開封が必要 ) <input type="checkbox"/> 全介助  |                                    |                                    |
|               | 吸入介助  | <input type="checkbox"/> 必要なし <input type="checkbox"/> 一部介助 ( <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> セッティングが必要 ) <input type="checkbox"/> 全介助  |                                    |                                    |
|               | 貼付・塗布介助   | <input type="checkbox"/> 必要なし <input type="checkbox"/> 一部介助 ( <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> セッティングが必要 ) <input type="checkbox"/> 全介助  |                                    |                                    |
|               | 点眼薬介助   | <input type="checkbox"/> 必要なし <input type="checkbox"/> 一部介助 ( <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> セッティングが必要 ) <input type="checkbox"/> 全介助  |                                    |                                    |
|               | 注射介助  | <input type="checkbox"/> 必要なし <input type="checkbox"/> 一部介助 ( <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> セッティングが必要 ) <input type="checkbox"/> 全介助  |                                    |                                    |
|               | 飲み忘れ  | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時折 (8割以上飲んでいる) <input type="checkbox"/> 頻繁 (5割以上忘れる)   |                                    |                                    |
|               | 服薬意欲  | <input type="checkbox"/> 服薬意欲あり <input type="checkbox"/> 服薬意欲なし   |                                    |                                    |
| 特記事項          |   |   |                                    |                                    |
| 検査値           | 腎機能   | Cr: mL/min  | eGFRcre: mL/min/1.73m <sup>2</sup> | eGFRcys: mL/min/1.73m <sup>2</sup> |
|               | 検査日   | 年 月   | 体表面積未補正值: mL/min                   | 体表面積未補正值: mL/min                   |
| 特記事項          |   |   |                                    |                                    |
| 睡眠            | 睡眠状況  | 夜間睡眠: 時間 ( 時～ 時) 午睡: 時間 ( 時～ 時) <input type="checkbox"/> 不規則  |                                    |                                    |
|               | 睡眠障害  | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 入眠困難 <input type="checkbox"/> 中途覚醒 <input type="checkbox"/> 早朝覚醒 <input type="checkbox"/> 熟眠障害<br>影響を与える薬剤: ( )  |                                    |                                    |
|               | 睡眠薬   | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり<br>定期薬: ( ) 頓服薬: ( )  |                                    |                                    |
|               | 特記事項  |   |                                    |                                    |
| 認知・感覚器機能      | 認知機能  | <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 認知機能低下あり <input type="checkbox"/> 認知症あり (診断名: ( ))<br>影響を与える薬剤: ( )  |                                    |                                    |
|               | 聴覚  | 左: <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり ( ) 右: <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり ( )<br><input type="checkbox"/> 補助具 ( )   |                                    |                                    |
|               | 視覚  | 左: <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり ( ) 右: <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり ( )<br><input type="checkbox"/> 補助具 ( )   |                                    |                                    |
|               | 味覚  | <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり<br>例: 認知機能低下を疑う事象など   |                                    |                                    |
| 特記事項          |   |   |                                    |                                    |
| 食事・口腔ケア       | 摂食方法  | <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養   |                                    |                                    |
|               | 食事回数  | 1日 回 (朝・昼・夕) 間食: 週に ( 毎日・4-6日・1-3日・ほとんどなし・なし)   |                                    |                                    |
|               | 食事形態  | <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> ゼリー食 <input type="checkbox"/> ミキサー食<br><input type="checkbox"/> その他 ( )  |                                    |                                    |
|               | 食欲  | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (影響を与える薬剤: ( ))   |                                    |                                    |
|               | 摂食嚥下・口腔機能   | 摂食嚥下機能 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり ( )<br>口腔内残薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )<br>むせ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )<br>水分トロミ <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 ( <input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い )<br>口腔内乾燥 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )<br>影響を与える薬剤: ( ) |                                    |                                    |
| 特記事項          | 例: 嗜好品・食事内容・食事量など   |   |                                    |                                    |
| 歩行・運動機能       | 移動  | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助<br>移動形態: <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他 ( )  |                                    |                                    |
|               | ふらつき  | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 目が回る感じ <input type="checkbox"/> フワフワ・ユラユラしているような感じ <input type="checkbox"/> 立ち眩み )<br>影響を与える薬剤: ( )  |                                    |                                    |
|               | 転倒  | 転倒歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり<br>骨折歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり  |                                    |                                    |
|               | 特記事項  | 錐体外路症状など ( )  |                                    |                                    |
| 排泄            | 排便状況  | 排便回数 1日 回 (日中 回 夜間 回)<br>排便回数 1日 回 (日中 回 夜間 回) または、週に 回<br>オムツ着用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり  |                                    |                                    |
|               | 排便障害  | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (頻尿・尿漏れや失禁・残尿感・尿意切迫感・その他 ( ))<br>影響を与える薬剤: ( )  |                                    |                                    |
|               | 排便障害  | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (便秘・下痢・便失禁・残便感・腹部膨満感・その他 ( ))<br>プリストルスケール: ( )<br>影響を与える薬剤: ( )  |                                    |                                    |
|               | 排尿・排便障害治療薬  | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり<br>定期薬: ( ) 頓服薬: ( )  |                                    |                                    |
| 特記事項          |   |   |                                    |                                    |
| 薬物有害事象        | 薬物有害事象と考えられる症状  | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり<br>症状: ( )  |                                    |                                    |
|               |   |   |                                    |                                    |