

おくすり 問診票



フリガナ				患者番号	病棟名	
お名前						
生年月日	年	月	日 (歳)	性別		

わかる範囲でお答えください。

問診票の記入について教えてください → ☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他介護者 ()

1 過去に副作用を経験したことがありますか？

☐ なし ☐ あり ()

2 アレルギー歴はありますか？

☐ なし ☐ あり ()

3 一般用医薬品・サプリメント・健康食品を使用していますか？

☐ なし ☐ あり (商品名：)

4 おくすりはだれが管理していますか？

☐ 自分 ☐ 自分と家族等 ☐ 家族等 ☐ 施設 ☐ その他 ()

5 おくすりを使用するときに介助が必要ですか？

☐ いいえ

☐ はい (☐ 一部介助が必要 ☐ すべて介助が必要)

はいの場合

介助が必要な
おくすり
(複数回答可) ☐ 内服薬
☐ 外用薬
☐ 注射薬

6 おくすりの管理方法について工夫していることはありますか？ (複数回答可)

☐ 1包化 ☐ おくすりBOXやカレンダー ☐ その他 () ☐ なし

7 おくすりについて困っていることはありますか？ (複数回答可)

☐ くすりの飲み忘れ ☐ くすりが見えない ☐ くすりの説明が聞き取れない

☐ くすりを取り出しづらい ☐ くすりが飲み込みにくい

☐ その他 () ☐ なし

8 おくすりを飲むときに工夫をしていますか？

☐ なし ☐ あり (☐ 粉碎 ☐ ゼリーやとろみ水で服用 ☐ オブラート ☐ 経管投与)

9 おくすりに関する調整などを希望されますか？ (複数回答可)

☐ いいえ

☐ はい

はいの場合

☐ くすりが多いから減らしたい

☐ 飲みにくい調整してほしい

☐ くすりの説明をしてほしい

☐ 飲む回数を減らしたい

☐ 管理方法を工夫してほしい

☐ 副作用かどうか相談したい

くすりの副作用チェック

下記の症状が直近1ヶ月以内であるかどうかお答えください。

なお、本人に聞き取り・確認することができない場合は下記にチェックを入れてください。

 本人に聞き取り・確認することができない。

1 日中の眠気が続くことがありますか？



いいえ

はい



1日の睡眠時間 _____ 時間

2 この2週間で、わけもなく疲れたような感じがしますか？



いいえ

はい

3 周りの人から「いつも同じことを聞く」などのもの忘れがあるとされますか？



いいえ

はい

4 食欲が低下したと感じますか？



いいえ

はい

5 ふらつきやめまいを感じることはありますか？



いいえ

はい



☐ 目が回る感じ

☐ フワフワ・ユラユラしているような感じ

6 過去6カ月で転倒したことがありますか？



いいえ

はい

7 排尿に関して困難を感じますか？



いいえ

はい



1日の排尿回数 合計 _____ 回

(日中 _____ 回 夜 _____ 回)

8 排便に関して困難を感じますか？



いいえ

はい



排便回数 _____ 日に _____ 回

9 口の渇きが気になりますか？



いいえ

はい

10 お茶や汁物等でむせることがありますか？



いいえ

はい

ご回答ありがとうございました 



国立研究開発法人
国立長寿医療研究センター
National Center for Geriatrics and Gerontology

©2026 National Center for Geriatrics and Gerontology