

薬物療法情報回答書

宛先	施設名		担当薬剤師		先生
----	-----	--	-------	--	----

貴院からの薬物療法情報提供書に対する回答書を作成しました。ご確認ください。

患者氏名		生年月日		年齢		性別	男	女
------	--	------	--	----	--	----	---	---

退院後に变化した老年症候群		傾眠傾向		抑うつ・意欲低下		ふらつき・めまい		認知機能低下								
複数選択可		食欲低下		転倒（6ヶ月以内）		排尿障害		なし								
		便秘		口腔乾燥		嚥下機能低下										
老年症候群の改善・不変・悪化などの詳細																
退院後の服薬管理	管理者	本人		本人と家族		家族等（本人以外）										
		施設		訪問スタッフ		その他（ ）										
	調剤方法	PTP		一包化		一部一包化										
	管理方法	薬袋		お薬BOX		お薬カレンダー		その他（ ）								
	服薬状況	良好		一部のみ忘れあり		不良										
	服薬拒否	なし		あり 状況など（ ）												
	服薬管理の問題点	なし		薬を取り出しにくい		薬の説明が聞き取りにくい										
	複数選択可	薬が見えにくい		薬が飲みこみにくい		その他（ ）										
服薬介助	不要		必要（ 一部介助		全介助 ）											
介助が必要な薬	複数選択可		内服薬		注射薬		外用薬（ 吸入		点眼・点鼻		貼付		軟膏		坐薬 ）	
服薬時の工夫	複数選択可		なし		あり（ 粉碎		ゼリー・とろみ		経管投与		簡易懸濁		その他 ）			
退院後の服薬管理に関する状況																
退院後のフォローアップ状況、処方変更点、報告事項、不明点など																

※ 個人情報保護にかかる同意について下記の項目いずれかをチェックしてください。
返信に当たっては、

- ☐ 患者の同意を得ています。
- ☐ 施設内掲示にて包括同意を得ています。

施設名	住所	担当薬剤師
TEL		FAX