

# おくすり 問診票



フリガナ				
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は介助が必要ですか？

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  内服薬  
 くすり  外用薬  
 (複数回答可)  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  くすりが多いから減らしたい  飲む回数を減らしたい  
 はい **はいの場合**  飲みにくい調整してほしい  管理方法を工夫してほしい  
 くすりの説明をしてほしい  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