

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？	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり()
2	アレルギー歴はありますか？	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 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？	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり(商品名：)
4	おくすりはだれが管理していますか？	<input type="radio"/> 自分 <input type="radio"/> 自分と家族等 <input type="radio"/> 家族等 <input type="radio"/> 施設 <input type="radio"/> 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？	<input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい(<input type="radio"/> 一部介助が必要 <input type="radio"/> すべて介助が必要) <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> <div style="background-color: #0070c0; color: white; padding: 2px 5px; border-radius: 5px;">はいの場合</div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 5px;"> 介助が必要な くすり (複数回答可) </div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 5px;"> <input type="radio"/> 内服薬 <input type="radio"/> 外用薬 <input type="radio"/> 注射薬 </div> </div>
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)	<input type="radio"/> 1包化 <input type="radio"/> おくすりBOXやカレンダー <input type="radio"/> その他() <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> くすりの飲み忘れ <input type="radio"/> くすりが見えない <input type="radio"/> くすりの説明が聞き取れない <input type="radio"/> くすりを取り出しづらい <input type="radio"/> くすりが飲み込みにくい <input type="radio"/> その他() <input type="radio"/> なし
8	おくすりを飲むときに工夫をしていますか？	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり(<input type="radio"/> 粉碎 <input type="radio"/> ゼリーやとろみ水で服用 <input type="radio"/> オブラート <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> <div style="background-color: #0070c0; color: white; padding: 2px 5px; border-radius: 5px;">はいの場合</div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 5px;"> <input type="radio"/> くすりが多いから減らしたい <input type="radio"/> 飲む回数を減らしたい <input type="radio"/> 飲みにくい調整してほしい <input type="radio"/> 管理方法を工夫してほしい <input type="radio"/> くすりの説明をしてほしい <input type="radio"/> 副作用かどうか相談したい </div> </div>



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 