

あて先			
薬局名		薬剤師	先生
ファックス		E-mail	

発信元			
事業所名		担当ケアマネ	
所在地		E-mail	
電話		ファックス	

利用者様基本情報			
氏名	様 (男・女)	介護度	
住所		生年月日	年 月 日 歳
独居・高齢世帯・同居・その他()		薬を管理している人	
主な疾患			
使用している薬 ※できるだけ、お薬手帳や薬剤情報提供書等のコピーを添付してください。			

主な医療機関			
医療機関名		主治医	先生
主治医からの特記事項等 服薬についての相談 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
医療機関名		担当医	先生
主治医からの特記事項等 服薬についての相談 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
医療機関名		担当医	先生
主治医からの特記事項等 服薬についての相談 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			

処方を受けている薬局			
薬局名		薬局名	
薬局名		薬局名	

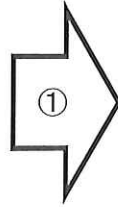
服薬連携シート(裏)

		利用者名	
事業所名		担当	

服薬アセスメント 当てはまる項目にチェックを付けてください。

○ケアマネの気づき

- あきらかな残薬がある
- 服薬に誤りがある
- 管理に問題がある
- 薬に不安や疑問を持っている
- その他()



○利用者状況

- 2つ以上の医療機関から処方がある
- 6種類以上の内服薬を飲んでいる
- 市販薬やサプリメントなどを服薬している
- 院内調剤の薬を服用している
- かかりつけ薬局を決めていない。



状況	原因・背景	
<input type="checkbox"/> 単なる服用忘れ (生活リズムに合わない等) <input type="checkbox"/> 理解不足 <input type="checkbox"/> 認知症(診断 有・無) <input type="checkbox"/> 服薬が困難 <input type="checkbox"/> 服薬の拒否 <input type="checkbox"/> 意図的な調整(自己判断) <input type="checkbox"/> 副作用を経験した	<input type="checkbox"/> 複雑な飲み方 <input type="checkbox"/> 低い理解力 <input type="checkbox"/> 病気や薬に対する説明不足 (薬剤師の説明不足など) <input type="checkbox"/> 数が多い <input type="checkbox"/> 薬が飲みにくい (錠形、味、においなど) <input type="checkbox"/> 身体的理由 (嚥下、手、視覚など)	<input type="checkbox"/> 経済的理由 <input type="checkbox"/> 副作用の疑い <input type="checkbox"/> 効果への疑問 <input type="checkbox"/> 非常時に備えるため <input type="checkbox"/> 病状の変化 (良くなった・悪くなった) <input type="checkbox"/> そもそも飲みたくない (サプリ等へ依存など)



薬剤師に期待するサポート

- 薬剤調整 服薬指導 対応の相談 その他()

その他特記事項、薬剤師への質問や要望



ケアマネへの回答欄	回答者