

おくすりで 困っていませんか？



- ・多くのくすりを飲んでいたり、副作用が起こりやすくなったり、きちんとくすりが飲めなくなることがあります。
- ・おくすり問診票を記入する上で、ご家族や訪問看護師、ケアマネージャー、ヘルパーにも協力してもらいましょう。
(くすりには「市販薬」も含まれます。)



1つでもチェックがついたら、
裏面の「**おくすり問診票**」を記入して、

医師、歯科医師、薬剤師へ相談しましょう！



くすりがたくさんあって
飲みづらい、飲めていない



くすりの飲み合わせが気になる



くすりを飲んでいて気になる症状がある



物忘れ、眠気、気分がしずむ、ふらつき・めまい、
食欲低下、おしっこが出にくい、便秘 など

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下さい → 本人 家族 その他介護者 ()

- 過去に副作用を経験したことがありますか？
 なし あり ()
- アレルギー歴はありますか？
 なし あり ()
- 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：)
- 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 ()
- 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** 内服薬 外用薬 注射薬 (複数回答可)
- 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
- おくすりについて困っていることはありませんか？ (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
- おくすりを飲むときに工夫をしていますか？
 なし あり (粉砕 ゼリーやとろみ水で服用 オブラート 経管投与)
- 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 飲む回数を減らしたい
 はい 飲みにくいため調整してほしい 管理方法を工夫してほしい
 くすりの説明してほしい 副作用がどうか相談したい

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	<p>日中の眠気が続くことがありますか？</p> <p>いいえ <input type="radio"/> はい <input type="radio"/></p> <p>1日の睡眠時間 _____ 時間</p>	2	<p>この2週間で、わけもなく疲れたような感じがしますか？</p> <p>いいえ <input type="radio"/> はい <input type="radio"/></p>
3	<p>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言われますか？</p> <p>いいえ <input type="radio"/> はい <input type="radio"/></p>	4	<p>食欲が低下したと感じますか？</p> <p>いいえ <input type="radio"/> はい <input type="radio"/></p>
5	<p>ふらつきやめまいを感じることはありますか？</p> <p>いいえ <input type="radio"/> はい <input type="radio"/></p> <p><input type="checkbox"/> 目が回る感じ <input type="checkbox"/> フワフワ・ユラユラしているような感じ</p>	6	<p>過去6カ月で転倒したことがありますか？</p> <p>いいえ <input type="radio"/> はい <input type="radio"/></p>
7	<p>排尿に関して困難を感じますか？</p> <p>いいえ <input type="radio"/> はい <input type="radio"/></p> <p>1日の排尿回数 合計 _____ 回 (日中 _____ 回 夜 _____ 回)</p>	8	<p>排便に関して困難に感じますか？</p> <p>いいえ <input type="radio"/> はい <input type="radio"/></p> <p>排便回数 _____ 日に _____ 回</p>
9	<p>口の渇きが気になりますか？</p> <p>いいえ <input type="radio"/> はい <input type="radio"/></p>	10	<p>お茶や汁物等でむせることがありますか？</p> <p>いいえ <input type="radio"/> はい <input type="radio"/></p>

ご回答ありがとうございます 