

おくすりで 困っていませんか？



- ・多くのくすりを飲んでいると、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 ()

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) ➡ はいの場合 <input type="radio"/> 内服薬 <input type="radio"/> 外用薬 <input type="radio"/> 注射薬 (複数回答可)
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"/> 粉砕 <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 ➡ はいの場合 <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"/> 飲みにくいため調整してほしい <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

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？ <input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> 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？ <input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> 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言われますか？ <input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい
4	食欲が低下したと感じますか？ <input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい
5	ふらつきやめまいを感じることがありますか？ <input type="checkbox"/> 目が回る感じ <input type="radio"/> はい <input type="checkbox"/> フワフワ・ユラユラしているような感じ <input type="radio"/> いいえ
6	過去6カ月で転倒したことがありますか？ <input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい
7	排尿に関して困難を感じますか？ 1日の排尿回数 合計 _____ 回 (日中 _____ 回 夜 _____ 回) <input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい
8	排便に関して困難に感じますか？ 排便回数 _____ 日に _____ 回 <input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい
9	口の渇きが気になりますか？ <input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい
10	お茶や汁物等でむせることがありますか？ <input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい

ご回答ありがとうございます！ 