

記入日： 年 月 日

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