

訪問日： 年 月 日 記載日： 年 月 日 記載者（ ） 確認欄

おくすり 問診票の 対応番号	氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/>	
	通番 保険者番号 被保険者番号		H	3922			<input type="checkbox"/>	
	かかりつけ薬局		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )					<input type="checkbox"/>
	おくすり手帳		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 1冊にまとめている <input type="checkbox"/> 複数冊所持している <input type="checkbox"/> 電子版利用 )					<input type="checkbox"/>
	現在の症状							<input type="checkbox"/>
	居住形態		<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居 ( )					<input type="checkbox"/>
特記事項								
表	副作用歴		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )					<input type="checkbox"/>
	アレルギー歴		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )					<input type="checkbox"/>
	一般用医薬品・サプリメント		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )					<input type="checkbox"/>
	調剤方法		<input type="checkbox"/> PTPのみ <input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 部分一包化 <input type="checkbox"/> 配薬BOXセット交付 <input type="checkbox"/> 服薬カレンダーセット交付 別包の薬剤：					<input type="checkbox"/>
	経口薬内服方法		<input type="checkbox"/> 経口（錠剤） <input type="checkbox"/> 経口（粉砕） <input type="checkbox"/> 経管（粉砕・簡易懸濁）					<input type="checkbox"/>
	経口補助剤		<input type="checkbox"/> 必要なし <input type="checkbox"/> トロミ <input type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> その他 ( )					<input type="checkbox"/>
	内服困難な剤形		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> カプセル <input type="checkbox"/> OD錠 <input type="checkbox"/> 大きい錠剤 <input type="checkbox"/> 散剤 <input type="checkbox"/> 水剤					<input type="checkbox"/>
	内服介助		<input type="checkbox"/> 必要なし <input type="checkbox"/> 一部介助 ( <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 開封が必要 ) <input type="checkbox"/> 全介助					<input type="checkbox"/>
	飲み忘れ		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時折 (8割以上飲んでいる) <input type="checkbox"/> 頻繁 (5割以上忘れる)					<input type="checkbox"/>
	服薬意欲		<input type="checkbox"/> 服薬意欲あり <input type="checkbox"/> 服薬意欲なし					<input type="checkbox"/>
特記事項								
① ②	睡眠		睡眠状況 夜間睡眠： 時間 ( 時～ 時) 午睡： 時間 ( 時～ 時) <input type="checkbox"/> 不規則 睡眠障害 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 入眠困難 <input type="checkbox"/> 中途覚醒 <input type="checkbox"/> 早朝覚醒 <input type="checkbox"/> 熟眠障害 睡眠薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 定期薬： 服薬：					<input type="checkbox"/>
	特記事項							
	認知機能		<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 認知機能低下あり <input type="checkbox"/> 認知症あり					<input type="checkbox"/>
	聴覚		左： <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり 右： <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり					<input type="checkbox"/>
③、 表 7	視覚		左： <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり 右： <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり					<input type="checkbox"/>
	味覚		<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり					<input type="checkbox"/>
	特記事項							
	認知・感覚器機能							
④ ⑨ ⑩、 表 7・ 8	食事・口腔ケア		摂食方法 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養 食事回数 1日____回 (朝・昼・夕) 間食： 週に ( 毎日・4-6日・1-3日・ほとんどなし・なし ) 食事形態 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> ゼリー食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 食欲 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 摂食嚥下機能 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり ( ) 口腔内残薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( ) むせ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> 水分トロミ <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 ( <input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い ) 口腔内乾燥 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )					<input type="checkbox"/>
	特記事項							
	移動		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 移動形態： <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他 ( )					<input type="checkbox"/>
	ふらつき		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <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 <input type="checkbox"/> 立ち眩み )					<input type="checkbox"/>
	転倒		転倒歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 骨折歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					<input type="checkbox"/>
	特記事項							
	排泄		排尿回数 1日____回 (日中____回 夜間____回) 排便回数 1日____回 (日中____回 夜間____回) または、週に____回					<input type="checkbox"/>
排尿障害		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (頻尿・尿漏れや失禁・残尿感・尿意切迫感・その他 ( ))					<input type="checkbox"/>	
排便障害		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (便秘・下痢・便失禁・残便感・腹部膨満感・その他 ( ))					<input type="checkbox"/>	
排尿・排便障害治療薬		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					<input type="checkbox"/>	
特記事項								
その他	(上記以外の記録)							