

様

資料 5

本日は、あなたが服用しているお薬についてお話をお聞きするために訪問しましたが、ご不在でした。再度の訪問をご希望の場合は、右記の電話番号までご連絡をお願いします。

【発行元】

静岡県後期高齢者医療広域連合

420-0851 静岡市葵区黒金町59番地の7

ニッセイ静岡駅前ビル3階



054-270-5526 (直通)

静岡県後期高齢者医療広域連合から あなたのお薬に関する大切なお知らせ

複数の医療機関からたくさんの
お薬を処方されている方へ



同じような効果・効能のお薬を飲んでいませんか？
すぐに、かかりつけ薬局にご相談を！

なぜ、高齢者ではくすりの種類が増えるの？

高齢になると複数の病気を持つ人が増えてきます。病気の数が増え受診する医療機関が複数になることもくすりが増える原因となります。

75歳以上の高齢者の4割は5種類以上の薬を使っています。おくすりの数が多くなるほど、副作用が出やすくなります。



「たくさんくすりを飲んでいるけど大丈夫かな？」と思ったら薬剤師や薬局に相談してみましょう。あなたのお薬や健康に関する相談ができるパートナー『**かかりつけ薬剤師（薬局）**』をもちましょう。

在宅訪問のお知らせ

訪問日時 令和 年 月 日() 時にご自宅に訪問いたします。

上記の日程で在宅訪問を予定しておりますので、ご案内申し上げます。

訪問時には、おくすりを安心して服用していただくための確認や、健康的な生活を送るためのお話をさせていただきます。

裏面のおくすり問診票やくすりの副作用チェックについての相談や、体調や健康についてのお悩み、おくすりに関する心配なことなどのお話をお聞かせください。

ご都合が悪い場合や、日程の変更をご希望の場合は、お手数ですが下記までご連絡をお願いします。



電話番号 054-270-5526 (静岡県後期高齢者医療広域連合)

受付時間 9:00~12:00 13:00~16:30 (土日祝を除く)

記入日： 年 月 日

おくすり 問診票

フリガナ
お名前

生年月日

性別

年 月 日 (歳)

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)
 I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
 くすりの説明をしてほしい くすりの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。

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

ご回答ありがとうございます