

御中

事業所名：

報告者：

様の服用薬に関するチェックシート

住所：	生年月日： 年 月 日
-----	-------------

No.	質問		メモ
● 薬剤の管理状況			
1	薬の保管に不安はありますか？	はい いいえ	保管者：
2	お薬手帳は更新されていますか？	はい いいえ	
3	薬剤情報提供書（薬の説明書）は整理されていますか？	はい いいえ	
4	薬は残っていますか？	はい いいえ	はい→ 大量 / 少量（1週間程度）
5	冷蔵庫に外用薬（坐薬・目薬など）や注射薬（インスリン）などが余分に残っていますか？	はい いいえ	

● 薬剤の服薬状況			
6	薬をうまく服用できていますか？	はい いいえ	
7	他の医院等から処方された薬を使用していますか？	はい いいえ	
8	処方薬以外に購入した薬やサプリメント、健康食品等を使用していますか？	はい いいえ	

● 薬剤による影響			
9	服薬によって体調など不具合な変化はありますか？	はい いいえ	

● その他			
10	ご本人やご家族に薬に関する不安や疑問をお持ちの様子はありますか？	はい いいえ	

● 自由記載欄			