

介護支援専門員 → 薬剤師への情報提供書

薬局名 及び所在地 電話 FAX 薬剤師氏名	←	居宅介護支援事業所名 及び所在地 電話 FAX 介護支援専門員氏名
--	---	---

本人	氏名		介護度	申請中 区変中 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5
			認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	住所		TEL	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日生	主介護者() 関係()	(歳) 男・女

<本人の照会・相談・報告内容>
 いつもお世話になりありがとうございます。
 _____様の担当のケアマネジャーをさせて頂いております _____ と申します。
 利用者様の状況について、お知らせいたします。

認知及び意思決定 指示・理解	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> いくらか困難	<input type="checkbox"/> 判断できない	<input type="checkbox"/> 不明
ADL	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> やや不良	<input type="checkbox"/> 不良	
手指の機能	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> 全介助
視力	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> やや不良	<input type="checkbox"/> 不良	
聴力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 見え難い	<input type="checkbox"/> 見えない	<input type="checkbox"/> 眼鏡使用
嚥下障害	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 聞こえ難い	<input type="checkbox"/> 聞こえない	<input type="checkbox"/> 補聴器使用
義歯装着	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 経口	<input type="checkbox"/> TPN
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	(問題点： <input type="checkbox"/> 経管（鼻腔・胃）	
服用方法	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> その他 ()	
	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> その他 ()	

薬剤アセスメント	回答	確認ポイント・理由	薬剤アセスメント	回答	確認ポイント・理由
①薬の飲み忘れ・飲み間違いがある。	はい・いいえ		⑦下痢、軟便、便秘等がある。	はい・いいえ	
②薬の量・回数を自分で調節している。	はい・いいえ		⑧頻尿、尿失禁、排尿困難等がある。	はい・いいえ	
③薬についての理解が得られにくく、服薬拒否もある。	はい・いいえ		⑨睡眠障害がある。	はい・いいえ	
④味覚障害がある。	はい・いいえ		⑩つまづく。転倒することがある。手先が少し震える。	はい・いいえ	
⑤嚥下障害がある。	はい・いいえ		⑪力が入らない、脱力感がある、だるくて眠い等の症状がある。 ・めまいや不穏な症状が出てきている。	はい・いいえ	
⑥口が渇く、のどが渇く、入れ歯が入りにくい。	はい・いいえ				

現在服薬中の医療薬・サプリメント・市販薬品・外用薬 (薬剤情報書を添付する場合は記載不要)	
現在かかっている病院、診療科名	主治医() 医師名()
	病院名() 医師名()
	病院名() 医師名()

*コメント

*本人の同意について

ご本人の同意を得ています。 同意した日 令和 年 月 日

ご本人の心身状況から同意は得られておりませんが、ご本人のために必要がありますのでご連絡いたします。

以上のような問題点が出ております。対応方法の検討をお願いいたします。

令和 年 月 日 氏名