|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 | 様 | | 指導日 | 年　　月　　日 |
| 生年月日 | 年　月　日　　性 | 歳 | 薬局/薬剤師 |  |
| 介護度 | 要支援 1・2　要介護 1・2・3・4・5 | | 主治医 | 先生 |
| 指導対象者 |  | |
| 服薬管理者 |  | | ｹｱﾏﾈｰｼﾞｬｰ | 様 |
| 管理方法 |  | |

**在宅患者訪問薬剤管理指導記録簿・報告書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 処方日 H　年　月　日　□一包化　□粉砕　□PTP | | 副作用 | |  |
|  | | ｺﾝﾌﾟﾗｲｱﾝｽ | | 良 ・ 不良 |
| 残薬 | |  |
| 他科受診 | |  |
| 併用薬 | |  |
| 指導計画 | 患者主訴 | | 薬学的管理指導 | |
| 1.  2.  3.  4.  5. | #1） | | #1） | |
| 医師への報告事項・連絡事項 | | | | |
|  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 食事 | | 睡眠 | | 排泄 | | 運動 | |
| 食欲 | 無 ・ 有 | 不眠 | 無　・　有 | 排尿回数 | 回/日 | 運動・機能障害 | 無 ・ 有 |
| 嚥下障害 | 無 ・ 有 | 不眠のタイプ  入眠・中途・早朝・熟眠・その他  睡眠時間　19：00～7：00 | | 便通 | 快便・便秘・下痢 | 脱力感・ふらつき・転倒 | 無 ・ 有 ・ 強 |
| 食事回数 | 回/日 | 排便回数 | 回 |
| 食事量 | 少 ・ 中 ・ 多 | 発汗 | 少 ・ 普通 ・ 多 | 不随運動 | 無 ・ 有 ・ 強 |
| 味覚 | 良好 ・ 悪い | 日中睡眠 | 無 ・ 有 |  |  | 歩行訓練 | 無 ・ 有 |
| 薬SE影響 | 無 ・ 疑有 | 薬SE影響 | 無 ・ 疑有 | 薬SE影響 | 無 ・ 疑有 | 薬SE影響 | 無 ・ 疑有 |

|  |  |
| --- | --- |
| 次回訪問予定日 | 次回への申送り事項および計画 |
|  |  |