

<服薬管理連携シート>

(ケアマネ⇒薬局へ)

送信日： 令和 年 月 日

利用者名	事業所名	電話番号
生年月日	ケアマネジャー	ファックス
●認知症自立度： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		●薬の管理者： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他(

ケアマネジャーによる服薬スクリーニング

1	残薬がある（例：昼の薬が余っているなども含む）	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 または判断できない
2	飲み忘れがある	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 または判断できない
3	飲みにくさ、使いづらさがある	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 または判断できない
4	薬に対する不安・疑問をもっている	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 または判断できない
5	市販薬やサプリメント等を服用している	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 または判断できない
6	薬を増やしたくない、または減らしたいと思っている ※本人等の考えや意見	<input type="checkbox"/> そのように思っている <input type="checkbox"/> そのようには思っていない <input type="checkbox"/> 不明 または判断できない
7	その他気がかり（飲み間違い、理解不足、副作用など有害事象の発現、食量、体重の増減、排泄状況等） ※具体的に	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 または判断できない

薬剤師による服薬アセスメント結果

1	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 または判断できない
2	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 または判断できない
3	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 または判断できない
4	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 または判断できない
5	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 または判断できない
6	<今後の対応の方向性>
7	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 または判断できない

ケアマネ記載欄：共有しておきたいことなど

薬剤師による総合評価（アセスメント結果）

(薬局⇒ケアマネへ)

返信日： 令和 年 月 日

薬局名	電話番号
薬剤師	ファックス