「薬剤師のおためし訪問」実施報告書

提出日：平成　　年　　月　　日

主治医　　先生

ケアマネジャー　　様

(薬局記入欄)
No.

【利用者様情報】

利用者氏名		男・女	生年月日	T·S·H　年　月　日 (　　歳)
住　所			電話番号	

【薬剤師による服薬指導・患者生活状況確認内容等】

訪問日		訪問薬剤師氏名	

※確認した項目にチェック

□1.服薬状況
□2.嚥下機能の状況
□3.管理・保管状況
□4.残薬
□5.副作用
□6.薬効説明
□7.効果
□8.理解度
□9.他科受診
□10.併用薬
□11.健康食品・サプリメント
□12.相互作用
□13.ADL
□14.QOL
□15.食欲
□16.食事量・回数
□17.排泄
□18.睡眠
□19.ふらつき、転倒
□20.認知症
□21.痛み
□22.うつ
□23.その他

※報告事項（改善点・課題など）

薬 局 名：　　TEL:　　FAX:

薬局住所：　　担当薬剤師名：　　印