

## 北区お薬気づきシート

記載日 令和 年 月 日

情報提供先			
(氏名) _____			
様			
	添付書類	無	有
			枚



依頼者	
※医師・歯科医師・薬剤師・看護師・デｲｯﾍﾞｽ・デｲｸﾞｱ ケアマネｼﾞｬｰ・ソーシャルワｰｶｰ・ﾊﾙﾊﾞｰ・相談員・その他( )	
連絡先TEL	:
FAX	:
E-mail	:

## 1. 基本情報

ふりがな			性別	(男・女)	生年月日	大・昭	年 月 日
利用者氏名							( 歳)
家族の状況	独居・家族有	認知症の有無	有・無・不明				
要介護認定	未申請	申請中	非該当	要支援	1	2	要介護
							1 2 3 4 5
薬の困りごとなど	<input type="checkbox"/> 薬の飲み忘れがある <input type="checkbox"/> 薬の量・回数を自分で調整していない <input type="checkbox"/> 薬についての理解が得られにくく、服薬拒否もある <input type="checkbox"/> 服薬困難・嚥下困難がある <input type="checkbox"/> 薬剤による副作用が疑われる所見がある <input type="checkbox"/> 患者(介護者)の要望がある <input type="checkbox"/> 薬局(薬剤師)からの提案 <input type="checkbox"/> その他(		具体的に				

## 2. 依頼事項

<input type="checkbox"/> 服薬カレンダー希望 <input type="checkbox"/> 一包化希望 <input type="checkbox"/> 訪問看護希望 <input type="checkbox"/> 薬剤師訪問希望 <input type="checkbox"/> 処方調整を希望 <input type="checkbox"/> 薬の変更を希望 <input type="checkbox"/> その他	具体的に	
返信希望の有無	<input type="checkbox"/> 返信願います <input type="checkbox"/> 返信不要です	



返信者	記載日：令和 年 月 日

今回の情報提供にあたっては、

- ご本人・ご家族の同意を得ております。( 年 月 日同意)  
 契約時の同意に基づいて提供しています。

北区医師会  
北区地域包括ケア推進協議会