



薬剤師向け情報連絡・質問票

居宅介護支援事業所
 その他（ ）

事業所名： _____ (月 日) 薬局名： _____
 担当者： _____  担当者： _____
 TEL： _____  TEL： _____
 FAX： _____ FAX： _____
 _____ (月 日)

利用者氏名： _____ 様 生年月日： _____ 年 月 日

情報を提供します。確認をお願いします。

服薬状況	<input type="checkbox"/> 薬が大量に余っている <input type="checkbox"/> 指示通り服薬できない <input type="checkbox"/> その他 ()	
健康状態	身体状況 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> えん下機能低下 <input type="checkbox"/> 日中傾眠 <input type="checkbox"/> 発疹	<input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> その他 ()
活動(ADL)	<input type="checkbox"/> 移動 <input type="checkbox"/> その他 ()	
<input type="checkbox"/> その他		

質問します。回答をお願いします。

【質問】

【回答】

その他