

介護支援専門員・かかりつけ薬剤師連携アセスメントシート

令和 年 月 日

薬局 行

事業所名

担当介護支援専門員

TEL.

FAX.

() -

() -

利用者氏名

生年月日 (明・大・昭)

様

年

月

日 (歳)

要介護度

要支援

1

・

2

要介護

1

・

2

・

3

・

4

・

5

疾患名

医療機関名

主治医

生活状況

同居

・

日中独居

・

独居

・

施設入所

・

その他 (

)

【お薬の管理と服用について】

※該当する項目に○印

- 薬を服用していますか？ はい ・ いいえ ・ 不明
- お薬手帳を持っていますか？ はい ・ いいえ ・ 不明
- 複数の医療機関から薬をもらっていますか？ はい ・ いいえ ・ 不明
- 薬の管理は誰が行っていますか？ 本人 ・ 家族 ・ ヘルパー ・ 看護師 ・ その他 ()
- 薬の管理方法はどのようにしていますか？ カレンダー ・ 薬箱 ・ その他 ()
- 薬を指示通りの方法で服用できていますか？ はい ・ いいえ ・ 不明

※ 6 で「いいえ」と回答された方へ

① 飲めない原因は何かあると思いますか？ ※該当する項目に○印

・ 飲み込めない

・ 服薬拒否

・ 飲み忘れる

・ 飲み込みにくい

・ その他 ()

② 薬を飲まなければならない理由を本人、家族は理解していますか？ はい ・ いいえ ・ 不明

7 残ったり、余っている薬がありますか？ はい ・ いいえ ・ 不明

8 薬について疑問を抱く、または服用に不安を感じることがありますか？ はい ・ いいえ ・ 不明

9 医師は本人の服薬状況を把握していますか？ はい ・ いいえ ・ 不明

10 日頃、気になる症状やお困りのことがありましたら記入してください。

以上のアセスメントを通じ、薬の管理等でご心配なことがある場合はこのシートをかかりつけの薬剤師までご送付ください。ご担当の介護支援専門員様と相談しながら必要な支援を行っていきます。

※本シートでご記入いただいた個人情報は、「介護支援専門員・かかりつけ薬剤師連携業務」のみに使用し、他の目的には使用いたしません。