



# 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