

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: ドリーム薬局八事店

担当者: _____ 担当者: 後藤

TEL: _____ TEL: 052-836-8988

FAX: _____ FAX: 052-836-8989

(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 <table style="display: inline-table; vertical-align: top; margin-left: 20px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 便秘</td> <td><input type="checkbox"/> 下痢</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 嘔吐</td> <td><input type="checkbox"/> 食欲不振</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> えん下機能低下</td> <td><input type="checkbox"/> 不眠</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 日中傾眠</td> <td><input type="checkbox"/> 発熱</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 発疹</td> <td><input type="checkbox"/> その他 ()</td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> 認知機能 ()	<input type="checkbox"/> 便秘	<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 嘔吐	<input type="checkbox"/> 食欲不振	<input type="checkbox"/> えん下機能低下	<input type="checkbox"/> 不眠	<input type="checkbox"/> 日中傾眠	<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 発疹	<input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 便秘	<input type="checkbox"/> 下痢										
<input type="checkbox"/> 嘔吐	<input type="checkbox"/> 食欲不振										
<input type="checkbox"/> えん下機能低下	<input type="checkbox"/> 不眠										
<input type="checkbox"/> 日中傾眠	<input type="checkbox"/> 発熱										
<input type="checkbox"/> 発疹	<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