

訪問薬剤管理指導（居宅療養管理指導）記録簿（例）

患者氏名	(男・女)		訪問日時	年 月 日 () 時 分～ 時 分	
生年月日	(明・大・昭) 年 月 日		薬剤師氏名		
診療録の番号				備考	
介護支援専門員	氏名	電話	介護度	自立/介護予防サービス有/要支援1・2/要介護1・2・3・4・5	
	所属	FAX	認定期間	年 月 日～ 年 月 日	
医師の指示事項					
<input type="checkbox"/> ①コンプライアンス <input type="checkbox"/> ②服薬指導（管理・保管も含む） <input type="checkbox"/> ③服薬時間 <input type="checkbox"/> ④薬剤の相互作用 <input type="checkbox"/> ⑤薬剤に影響のある食品等 <input type="checkbox"/> ⑥処方薬以外の服用 <input type="checkbox"/> ⑦不要薬剤の処理 <input type="checkbox"/> ⑧副作用情報 <input type="checkbox"/> ⑨在宅介護用品の供給・相談応需 <input type="checkbox"/> ⑩その他 ()					
処方薬の服用状況		良 不可 []			
処方薬の保管状況		良 不可 []			
処方薬の残薬の状況					
直近の使用薬剤名（投薬歴）					
調剤方法：一包化の有無 () 副作用歴の有無 () アレルギー例の有無 ()) 配合禁忌等の有無 ()					
説明対象者	本人・家族 () ・その他（訪問介護職員・)				
薬効説明	全・重点		他科受診	無・有	
理解度	良・不良		併用薬品	無・有	
管理/保管状況	良・不良		副・相互作用	無・疑有	
効果	良・不良		健食・嗜好	無・有	
患者主訴（アレルギー・副作用と思われる症状もしくは現症状）			相談内容・薬学的管理指導・説明のポイント		
服薬中の体調の変化など主要な服薬支援措置					
睡眠		ADL、QOL		認知症、うつ、閉じこもり	
日中の睡眠 有 (時間) ・無	夜間睡眠 (時間) 良・不眠傾向あり	薬によるADL,QOLへの影響		上記項目に関連する特記事項	
眠剤（就寝前の安定剤）がある場合		不随意運動 (無 ・ 有 ・ 強) 無			
薬副作用影響 (無 ・ 疑有) 無		薬副作用影響 (無 ・ 疑有) 無			
眠剤服用： 時、入床 時	眠剤の効果判定・適合・副作用など	食事状況（摂食・嚥下障害を疑う症状）		薬副作用影響 (無 ・ 疑有)	
服用後の環境 (TVや電気)		<input type="checkbox"/> 水分、食物、錠剤が飲み込みにくい <input type="checkbox"/> 食事にむせる <input type="checkbox"/> 食事中や食後、のどがゴロゴロする <input type="checkbox"/> のどに食べ物が残ったり、胸につまった感じがする <input type="checkbox"/> 食べるのが遅くなった、食べると疲れる <input type="checkbox"/> 硬いものが食べにくくなった <input type="checkbox"/> 食物や酸っぱい液が胃からのどに戻ってくる <input type="checkbox"/> 夜間、咳で寝られなかったり目が覚める <input type="checkbox"/> 声がかすれる			
薬副作用影響 (無 ・ 疑有)					
その他次回訪問予定日など	次回への申し送り事項および計画				