※薬剤師が記入

体調チェック表

記入日　　令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 薬局名 |  | 患者番号 |  |
| 連絡先 |  | 担当者名 |  |

以下の問いについて、お薬が変更される前と比べて、現在の体調がどのように変わったかを聞き取って記入してください。

該当する体調にマル、状態の変化にチェックをいれ、特記事項に状況の説明をお願いします。

１．食事に関する変化　　**□ 良くなった　□ 変わらない　□ 悪くなった**

　　（食欲、味覚、嚥下、口腔内清掃、口渇、吐き気、胃痛、その他（　　　　　））

　　特記事項　（例）口喝がなく、食事が美味しくなった。口腔内のネバネバは変らない。

２．排泄に関する変化　　**□ 良くなった　□ 変わらない　□ 悪くなった**

　　（尿の回数、尿の出具合、便の回数、便の出具合、汗（状態）、その他（　　　　　））

　　特記事項　（例）昼間の回数は変わらない。排便は出やすくなった。

３．睡眠に関する変化　　**□ 良くなった　□ 変わらない　□ 悪くなった**

　　（睡眠の質、睡眠の時間、日中の傾眠、不眠の種類、その他（　　　　　））

　　特記事項　（例）夢を見なくなった。昼間の眠気（昼寝をしなくなった）

４．運動・活動に関する変化　　**□ 良くなった　□ 変わらない　□ 悪くなった**

　　（ふらつき、転倒、歩行状態、めまい、振るえ、すくみ足、手指の状態、麻痺、その他（　　　　　））

　　特記事項　（例）階段の昇り降りが手すりなしでも不安なし。料理で包丁が握りやすい。

５．認知機能に関する変化　　**□ 良くなった　□ 変わらない　□ 悪くなった**

　　（失認、歩行、言語障害（失語）、見当識障害、判断力低下、記憶障害、その他（　　　　　））

　　特記事項　（例）電気の消し忘れがなくなった。デイサービスで出会う人の名前が言えるようになった。

６．その他、気づいたこと