体調チェック表

※薬剤師が記入

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。

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　□ やや良くなった　□ 変わらない　□ やや悪くなった　□ 悪くなった**

　　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　□ やや良くなった　□ 変わらない　□ やや悪くなった　□ 悪くなった**

　　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　□ やや良くなった　□ 変わらない　□ やや悪くなった　□ 悪くなった**

　　　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　□ やや良くなった　□ 変わらない　□ やや悪くなった　□ 悪くなった**

　　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　□ やや良くなった　□ 変わらない　□ やや悪くなった　□ 悪くなった**

　　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．体調に関する総合的な評価

　**□ 良くなった　□ やや良くなった　□ 変わらない　□ やや悪くなった　□ 悪くなった**

　　特記事項

７．薬を変更したことによる満足度

　**□ 満足　□ やや満足　□どちらとも言えない　□ やや不満　□ 不満**

　　特記事項

８．その他、気づいたこと