**居宅療養管理指導報告書**

医療機関名 医院

担当医師 先生侍史

利用者氏名　 様　（介護度：要支援１・２　要介護１・２・３・４・５）

訪問時間　14：00～

訪問日　平成26年2月17日　（訪問依頼の処方箋発行日 平成26年2月17日）

薬局名　あすなろ薬局大越店（薬剤師名　寺山　直樹）

|  |
| --- |
| 説明対象者｛本人様｝ |
| （処方内容）  H26.1.20同処方 | （訪問所見・指導事項）   1. 室温　℃。体温　℃。 2. 服薬状況      1. 薬剤による体調変化及び副作用の確認      1. 生活状況 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 薬剤管理・服薬状況 | 服薬状況　（良・不良） |  |
| 体調変化　（無・有） |  |
| 他科受診　（無・有） |  |
| 併用薬　　（無・有） |
| 重複投与　（無・有） |  |
| 相互作用（　無・有） |  |
| 副作用　　（無・有） |  |
| 保管状況　（良・不良） |  |
| 残薬状況　（無・有） |  |
| 生活状況 | 食事（無・有）　回数（　　3回/日） |  |
| 味覚（良・悪） |  |
| 嚥下障害（無・有） |  |
| 尿回数（昼：回）（夜：4～5回） |  |
| 便通（快便・便秘・下痢） |  |
| 睡眠（良・不良） |  |
| その他特記事項（無・有） |  |

次回へ向けて（対応策・申し送り事項）