口腔・服薬チェックリスト

令和　　　年　　　月　　　日

松山市様式

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 | |  |  | 事業所名 | |  |
| 担当者名 | |  | 担当者名 | |  |
| T　E　L |  | | T　E　L |  | |
| F　A　X |  | | F　A　X |  | |
| E-mail |  | | E-mail |  | |
|  | | |  | | |

●利用者情報

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | 生年  月日 | 明治・大正・昭和・平成  年　　　月　　　日  　　　　（　　　　歳） | | | 性別 | 男・女 |
| 氏名 |  | |
| 住所 |  | | | | TEL |  | | |
| 介護保険 | | □未申請(申請予定)　　　□申請中　　　□事業対象者　　 □要支援１　　　□要支援2  □要介護１　　□要介護２　　　□要介護３　　　□要介護４　　　□要介護５ | | | | | | |
| 上記の利用者様の口腔、服薬の状況について報告します。 | | | | | | | | |
| **口腔チェックリスト**  　　　月　　日実施 | | □　口の中が乾燥している　　　　　　　　□　歯が汚れている  □　舌に汚れ（舌苔）がある　　　　　　□　口臭がある  □　歯が痛む、グラグラしている、穴が開いている  □　歯茎に問題がある（腫れている、出血がある、傷がある、痛みがある等）  □　義歯に問題がある（外れる、壊れている、汚れている、使っていない、付けると痛む等）  □　飲み込みが悪い、むせる  □　（麻痺がある場合）麻痺側に食べ物が残っている  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| （気になる点） | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **服薬チェックリスト**  　　　月　　日実施 | | □　薬の飲み忘れがある（残薬がある）  □　薬の飲み間違いがある（服薬時間を間違えている等）  □　飲み難さがある（錠剤、カプセル、粉薬が飲み込めない等）  □　複数の医療機関を受診し、複数の薬局から調剤を受けている  □　自己判断で服薬の中断や調整をしている  □　健康食品やサプリメント等を服用している  □　副作用またはその疑い（口渇、吐気、頻尿、便秘、軟便、ふらつき、めまい、傾眠、  睡眠障害、その他）   * その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| （気になる点） | | | | | | | | |