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） |