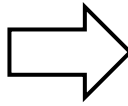


口腔・服薬チェックリスト

令和 年 月 日

事業所名	
担当者名	
TEL	
FAX	
E-mail	



事業所名	
担当者名	
TEL	
FAX	
E-mail	

●利用者情報

フリガナ		生年	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
氏名		月日	年 月 日 (歳)		
住所			TEL		
介護保険	<input type="checkbox"/> 未申請(申請予定) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5				

上記の利用者様の口腔、服薬状況について報告します。

口腔チェックリスト 月 日実施	<input type="checkbox"/> 口の中が乾燥している <input type="checkbox"/> 歯が汚れている <input type="checkbox"/> 舌に汚れ(舌苔)がある <input type="checkbox"/> 口臭がある <input type="checkbox"/> 歯が痛む、グラグラしている、穴があいている <input type="checkbox"/> 歯茎に問題がある(<input type="checkbox"/> 腫れている <input type="checkbox"/> 出血がある <input type="checkbox"/> 傷がある <input type="checkbox"/> 痛みがある) <input type="checkbox"/> 義歯に問題がある(<input type="checkbox"/> 外れる <input type="checkbox"/> 壊れている <input type="checkbox"/> 汚れている <input type="checkbox"/> 使っていない <input type="checkbox"/> 付けると痛む) <input type="checkbox"/> 飲み込みが悪い、むせる <input type="checkbox"/> (麻痺がある場合) 麻痺側に食べ物が残っている <input type="checkbox"/> その他 ()
	(気になる点)

服薬チェックリスト 月 日実施	<input type="checkbox"/> 薬の飲み忘れがある(残薬がある) <input type="checkbox"/> 薬の飲み間違いがある(服薬時間を間違えている等) <input type="checkbox"/> 飲み難さがある(錠剤、カプセル、粉薬が呑み込めない等) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 自己判断で服薬の中断や調整をしている <input type="checkbox"/> 健康食品やサプリメント等を服用している <input type="checkbox"/> 副作用またはその疑い: <input type="checkbox"/> 口渇 <input type="checkbox"/> 吐気 <input type="checkbox"/> 頻尿 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> ふらつき <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 傾眠 <input type="checkbox"/> 睡眠障害 <input type="checkbox"/> その他症状 () <input type="checkbox"/> その他 ()
	(気になる点)