

おくすりについてのアンケート

入院日： 年 月 日

おなまえ

記入者

- ・本人
- ・本人以外（ ）

当院では安心してお薬を服用していただけるよう、薬剤師が皆様のお薬の管理と説明を行っています。お手数ですが、以下の質問にお答えくださるようお願いいたします。

ご記入後は病棟スタッフにお渡しください。

1. 現在、服用されているお薬はありますか？

はい ・ いいえ

2. 1で「はい」と答えられた方、服薬中のお薬について知っている項目に○をしてください。

- ① 薬の名前・薬のはたらき(効果) ② いつ服用するか
- ③ なぜ服用しているか ④ 副作用や飲み合わせについて

3. お薬の飲み忘れはありますか？

はい ・ 時々 ・ いいえ

4. 3で「はい」「時々」と答えられた方、飲み忘れが多いのはいつですか？

朝 ・ 昼 ・ 夕 ・ 寝る前 ・ 食前 ・ その他()

5. 現在服用されているお薬で飲みにくいところはありませんか？

飲みにくい ・ 特に問題なし

6. 5で「飲みにくい」と答えられた方、どのようなところが飲みにくいですか？

- ① 薬の量が多い ② 薬の種類が多い ③ 飲む回数が多い(1日4回など)
- ④ 薬の剤形(粉薬・錠剤・水薬)
- ⑤ その他()

7. ご自宅や病院・施設では、主にどなたがお薬の管理を行っていましたか？

患者さまご自身 ・ ご家族() ・ 看護師など ・ その他()

8. お薬手帳はお持ちですか？

はい ・ いいえ

※服用中のお薬とお薬手帳は、内容を確認させていただきますので入院日に看護師にお渡し下さい。当日お持ちでない場合は、後日お持ちくださるようお願いいたします。

ご記入いただいた内容を参考に、安心して入院生活を送っていただけるよう、お薬の管理をさせていただきます。ご協力ありがとうございました。