

おくすりについてのアンケート

入院日： 年 月 日

おなまえ

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. 患者様以外に、お薬の説明を希望される方はご記入ください。
希望される方と患者様との続柄() 例:妻、娘
来院される時間帯() 例:平日月～金の午後3時頃
9. その他、入院中にお薬などについて、薬剤師に希望されることがありましたらご記入ください。
()

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。

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、看護師にお渡しください。本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。