

服薬確認表

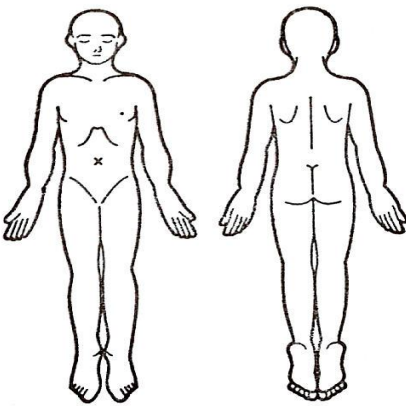
ご利用者氏名： _____ 様 (自己管理 / 施設管理)

ご利用期間： 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保険証の持参： **あり** / なし (介護保険証 ・ 健康保険証 ・ 診察券 ・ その他)

内服薬	飲み方 ・ 注意点	職員確認欄 入所時確認	職員確認欄 退所時確認
起床時薬(あり/なし)			
朝食前薬(あり/なし)			
朝食後薬(あり/なし)			
昼食前薬(あり/なし)			
昼食後薬(あり/なし)			
夕食前薬(あり/なし)			
夕食後薬(あり/なし)			
眠前薬(あり/なし)			
その他(あり/なし)			
その他(あり/なし)			

排便	最終排便(月 日)	職員確認欄 入所時確認	職員確認欄 退所時確認	
		下剤 (あり / なし)		
		日でなければ 錠服用 (例:3日でなければ1錠服用)		

外用薬・軟膏等	注意点 ・ 処置方法	職員確認欄 入所時確認	職員確認欄 退所時確認
	<p style="text-align: center;">・ 軟膏・点眼等 (あり/なし)</p> <p style="text-align: center;">・ 処置方法記入をお願いします</p>		

- ※ お薬には必ず、お名前をご記入下さい。
- ※ 自己管理、施設管理問わず、毎回ご利用時には薬の説明書またはお薬手帳をお持ち下さい。
- ※ 施設管理ご希望の方で不明なお薬等ある場合には、職員より確認させていただきますのでご了承下さい。
- ※ 自己管理の方は、当施設では責任を負いかねますので、ご理解の程お願いします。