

# 訪問報告書

名前

令和 年 月 日

記入者

項目選択	備考
<b>【服薬状況】</b>	
<p>① 薬が多量に残っている</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>残っていない</li> <li><input type="checkbox"/>残っている           <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>古い薬か</li> <li><input type="checkbox"/>新しい薬か               <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>自分で飲む能力がない</li> <li><input type="checkbox"/>飲みたくない</li> <li><input type="checkbox"/>身体機能低下で飲む行為ができない</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	
<p>② 複数回数分の薬を一度に服用している</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>していない</li> <li><input type="checkbox"/>している           <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>わかっていない</li> <li><input type="checkbox"/>自分の意思</li> <li><input type="checkbox"/>忘れている</li> </ul> </li> </ul>	
<p>③ 薬の服用を拒絶している</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>していない</li> <li><input type="checkbox"/>している           <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>わかっていない</li> <li><input type="checkbox"/>自分の意思</li> <li><input type="checkbox"/>忘れている</li> </ul> </li> </ul>	
<p>④ 使い切らないうちに新たに薬が処方されている</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>残っていない</li> <li><input type="checkbox"/>残っている           <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>わかっていない</li> <li><input type="checkbox"/>自分の意思</li> <li><input type="checkbox"/>忘れている</li> </ul> </li> </ul>	
<b>【口腔機能】</b>	
<p>① 口臭や口腔内出血があるか</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>無</li> <li><input type="checkbox"/>有           <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>口臭               <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>歯</li> <li><input type="checkbox"/>口腔</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/>出血</li> <li><input type="checkbox"/>両方</li> </ul> </li> </ul>	
<p>② 食事量・食事回数に変化がある</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>無</li> <li><input type="checkbox"/>有           <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>増えた</li> <li><input type="checkbox"/>減った</li> </ul> </li> </ul>	

項目選択	備考
<b>【その他の心身状況】</b>	
<p>① 体重増減が推測される見た目の変化がある</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 20px;"><input type="checkbox"/> 無</div> <div style="margin-right: 20px;"><input type="checkbox"/> 有</div> <div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 10px;"> <div><input type="checkbox"/> 体重が減った</div> <div><input type="checkbox"/> 体重が増えた</div> </div> </div>	
<p>② 下痢や便秘が続いている</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 20px;"><input type="checkbox"/> 無</div> <div style="margin-right: 20px;"><input type="checkbox"/> 有</div> <div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 10px;"> <div><input type="checkbox"/> 下痢</div> <div><input type="checkbox"/> 便秘</div> </div> </div>	
<p>③ 皮膚が乾燥しているか</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 20px;"><input type="checkbox"/> 無</div> <div style="margin-right: 20px;"><input type="checkbox"/> 有</div> <div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 10px;"> <div><input type="checkbox"/> 水分取れている</div> <div><input type="checkbox"/> 水分取れていない</div> <div><input type="checkbox"/> 室内が暑い</div> </div> </div>	
<p>④ 湿疹があるか</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 20px;"><input type="checkbox"/> 無</div> <div style="margin-right: 20px;"><input type="checkbox"/> 有</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; flex-grow: 1;">         部位 (                      )       </div> </div>	

**特記事項**