睡眠薬ポリファーマシー外来紹介シート

|  |
| --- |
| 病院名：　　　　　　　　　　　　科名：　　　　　　　　医師名：病院住所：病院連絡先：(TEL)　　　　　　　　(FAX)診察希望日(第1希望：　　　　第2希望：　　　　いつでも可)　　**※岡大受診歴：有・無**👉２週後以降の木曜（16時～）でお願いします　　　　　　　**（診察券No：　　　　　　　　　　）** |

患者氏名：　　　　　　　 （旧姓）　 　　　　　　　　　性別：男・女

生年月日：　　　　年　　月　　日　　　　連絡先(TEL)：

身体疾患：　　　　　　　　　　　　　　　精神科受診歴：有・無

内服中の薬：＊お薬手帳のコピーでも可

〔　　　　　　　　　　　　　　〕

●睡眠薬の内服期間、飲み方

(薬剤名：　　　　　　　内服期間：　　　　　　　　飲み方：毎日・時々)

(薬剤名：　　　　　　　内服期間：　　　　　　　　飲み方：毎日・時々)

(薬剤名：　　　　　　　内服期間：　　　　　　　　飲み方：毎日・時々)

(薬剤名：　　　　　　　内服期間：　　　　　　　　飲み方：毎日・時々)

●上記のうち、増量した薬があればその薬剤名と時期

(薬剤名：　　　　　　　時期：　　　　　　　　)

(薬剤名：　　　　　　　時期：　　　　　　　　)

●減量・中止した薬とその理由

(薬剤名：　　　　　　　理由：　　　　　　　　　　)

(薬剤名：　　　　　　　理由：　　　　　　　　　　)

●薬を決められた用法・用量通り飲んでいるか　：飲んでいる・飲んでいない・わからない

●ふらつきの程度　　　　：なし・軽度・中等度・重度

●転倒の頻度　　　　　　：月に（　　　　）回

●睡眠衛生指導の理解度　：十分理解している・まずまず理解している・あまり理解していない・わからない

●飲酒の習慣　　　　　　：ほとんど飲まない・機会があれば飲む・ほぼ毎日飲む

→（1日あたり　　　　　　を　　　　　くらい）

●減量・中止・変更がうまくいかなかった理由をお書き下さい。

〔　　　　　　　　　　　〕