

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)

●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。

[_____]

ご確認ください！

- リーフレットで患者さんに説明をおこなった
- 患者さんに問診票をお渡しした