

服薬アドヒアランス確認シート

確認日 年 月 日

確認者

患者ID		年齢	歳	疾患	<input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 慢性呼吸器疾患
患者名		性別	男・女		<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> その他
特記事項					

服薬ストレス	そう思う	やや そう思う	どちらとも いけない	あまり そう思わない	そう思わない
薬を服用する必要性や重要性が理解できない。	1	2	3	4	5
薬の服用を続けることに不安を感じる	1	2	3	4	5
薬代が高いと感じる	1	2	3	4	5
薬の服用が面倒だと感じる	1	2	3	4	5
服用している薬が多いと感じる	1	2	3	4	5
薬の形状に抵抗感がある。	1	2	3	4	5
薬の味や匂いに抵抗感があり、飲みづらそうに感じる。	1	2	3	4	5
服薬する時間に抵抗感があり、飲みづらそうに感じる。	1	2	3	4	5
服薬（使用）方法が難しい。	1	2	3	4	5
副作用に抵抗感がある。	1	2	3	4	5

服薬ストレス スコア	点
---------------	---

服薬状況	薬剤数*		きちんと 飲めている	ほぼ 飲めている	半分程度 飲めている	飲めない ことが多い	ほとんど 飲んでいない
	内服	外用					
起床時			5	4	3	2	1
朝			5	4	3	2	1
昼			5	4	3	2	1
夕			5	4	3	2	1
寝る前			5	4	3	2	1
その他の用法			5	4	3	2	1

2023.10月作成

*同一成分、規格違いは各0錠としてカウントしてください。

例) ラシックス錠20mg、ラシックス錠10mgを各1錠ずつ服用している場合は、1錠とカウントしてください。