



<上記についての詳細内容>

【日常生活の評価】

1. 最も当てはまるところに、チェック(✓)をいれてください。  
この1週間をふりかえってみて、これからお聞きするようなことはどのくらいできますか？
- a. ボタン掛けや靴ひも結びを含め、自分で身支度ができますか？  
0 何の困難もない 1 いくらか困難 2 かなり困難 3 できない
- b. 就寝、起床の動作ができますか？  
0 何の困難もない 1 いくらか困難 2 かなり困難 3 できない
- c. いっぱい水の入ったコップを口元まで運べますか？  
0 何の困難もない 1 いくらか困難 2 かなり困難 3 できない
- d. 戸外の平坦な道を歩けますか？  
0 何の困難もない 1 いくらか困難 2 かなり困難 3 できない
- e. 体を洗いタオルで拭くことができますか？  
0 何の困難もない 1 いくらか困難 2 かなり困難 3 できない
- f. 腰を曲げて床にある衣服を拾い上げられますか？  
0 何の困難もない 1 いくらか困難 2 かなり困難 3 できない
- g. (回転式の)蛇口の開閉ができますか？  
0 何の困難もない 1 いくらか困難 2 かなり困難 3 できない
- h. 自動車、バス、列車あるいは飛行機の乗り降りができますか？  
0 何の困難もない 1 いくらか困難 2 かなり困難 3 できない
- i. 歩こうと思えば、3キロメートル歩けますか？  
0 何の困難もない 1 いくらか困難 2 かなり困難 3 できない
- j. 好きなようにスポーツやレクリエーションはできますか？  
0 何の困難もない 1 いくらか困難 2 かなり困難 3 できない

<薬剤師としての意見・提案内容>

[送信での添付資料]  あり ( ) 枚  なし [返信希望 (ある場合)]  あり

<返信欄 (病院使用欄) >

- 報告内容を確認しました。  
 次回から提案通りに変更します。  
 提案については理解しましたが、現状のまま継続し、経過観察します。  
 提案内容を考慮し、以下の通り対応します。

病院名：  
所 属：  
返信日： 年 月 日 氏 名：

(医師・薬剤師・その他 ( ))