



クレメジン		患者 ID :	氏名 :	←※処方せんに貼付する場合は記入不要	
薬局名 :					
確認日	年 月 日	<input type="checkbox"/> ご本人	<input type="checkbox"/> ご家族	確認手段	<input type="checkbox"/> 対面 (来局) <input type="checkbox"/> 対面 (訪問) <input type="checkbox"/> 電話
	直近 2 週間の症状についてご記入下さい			左が「はい」の場合は、こちらの項目にもご記入下さい	
服薬状況	飲み忘れがあった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	2 週間で 5 回以上の 飲み忘れがある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
服薬意義	服薬拒否がある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	服用の必要性を理解していない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
便秘	便秘があった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	3 日以上排便がない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
食欲不振	食事の量が減っている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	2kg 以上の体重減少がある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
悪心・嘔吐	吐き気がある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	吐き気が続いている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
血圧	血圧の変化があった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	収縮期血圧<100 もしくは、 収縮期血圧>180 が続いている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
浮腫	新たにむくみがあった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	むくみがどんどん 強くなっている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
その他	(特記事項があれば記載)				

クレメジン		患者 ID :	氏名 :	←※処方せんに貼付する場合は記入不要	
薬局名 :					
確認日	年 月 日	<input type="checkbox"/> ご本人	<input type="checkbox"/> ご家族	確認手段	<input type="checkbox"/> 対面 (来局) <input type="checkbox"/> 対面 (訪問) <input type="checkbox"/> 電話
	直近 2 週間の症状についてご記入下さい			左が「はい」の場合は、こちらの項目にもご記入下さい	
服薬状況	飲み忘れがあった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	2 週間で 5 回以上の 飲み忘れがある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
服薬意義	服薬拒否がある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	服用の必要性を理解していない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
便秘	便秘があった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	3 日以上排便がない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
食欲不振	食事の量が減っている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	2kg 以上の体重減少がある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
悪心・嘔吐	吐き気がある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	吐き気が続いている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
血圧	血圧の変化があった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	収縮期血圧<100 もしくは、 収縮期血圧>180 が続いている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
浮腫	新たにむくみがあった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	むくみがどんどん 強くなっている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
その他	(特記事項があれば記載)				

クレメジン		患者 ID :	氏名 :	←※処方せんに貼付する場合は記入不要	
薬局名 :					
確認日	年 月 日	<input type="checkbox"/> ご本人	<input type="checkbox"/> ご家族	確認手段	<input type="checkbox"/> 対面 (来局) <input type="checkbox"/> 対面 (訪問) <input type="checkbox"/> 電話
	直近 2 週間の症状についてご記入下さい			左が「はい」の場合は、こちらの項目にもご記入下さい	
服薬状況	飲み忘れがあった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	2 週間で 5 回以上の 飲み忘れがある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
服薬意義	服薬拒否がある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	服用の必要性を理解していない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
便秘	便秘があった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	3 日以上排便がない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
食欲不振	食事の量が減っている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	2kg 以上の体重減少がある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
悪心・嘔吐	吐き気がある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	吐き気が続いている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
血圧	血圧の変化があった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	収縮期血圧<100 もしくは、 収縮期血圧>180 が続いている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
浮腫	新たにむくみがあった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	むくみがどんどん 強くなっている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
その他	(特記事項があれば記載)				