

持参薬確認チェックリスト

日付: _____

確認者名: _____

病棟名: _____

患者名: _____

- ☐ お薬手帳、薬袋、薬情の有無を確認した
 - ☐ すべての持参薬を1剤ずつ「継続中かどうか」本人または家族に確認した
 - ☐ 剤形・用法・服用時間・服用目的を確認した
 - ☐ 高リスク薬（抗凝固薬、糖尿病薬、抗てんかん薬など）は優先して確認した
 - ☐ 健康食品・サプリメント・市販薬の服用歴も聴取した
 - ☐ カルテに持参薬の一覧と服用状況を記録した
 - ☐ 持参薬の中止・継続判断が必要な薬は医師に報告した
 - ☐ 持参薬と処方薬の重複・相互作用の有無を確認した
 - ☐ TDM対象薬はモニタリングの必要性を確認・記録した
 - ☐ 退院後も含めた服薬設計を意識し、記録を残した
-

※印刷して現場でそのままご利用いただけます。必要に応じて、記入欄や備考欄を追加してください。