**症例報告書　（識別番号：**●●**-**●●**）**

**記入年月日　：**20●●年 ●●月　　●●日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **表　　題** | 記入してください | | |
| **症状発生時期** | 20●●年 ●●月　　●●日 | **観察終了時期** | 20●●年 ●●月　　●●日 |

**１．患者概要**

**① 患者の主訴、背景、問題点**

|  |
| --- |
| 主　訴：記入してください  背　景：記入してください  問題点：記入してください |

**② 患者への具体的観察内容および共同指導（他職種の支援例：足の挙上の指導および足浴の実施など）**

|  |
| --- |
| ⅰ.薬剤師：記入してください  ⅱ.他職種：記入してください  ⅲ.共同指導：記入してください |

**③ 結果と考察、今後の課題**

|  |
| --- |
| 記入してください |

**２．周辺情報**

**① 服薬情報（処方薬、サプリメントなど）　　※薬品名・商品名・剤形など明確にご記載ください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **観察開始時** | | **観察終了時** | |
| **処方薬・サプリメント名** | **用法・用量** | **処方薬・サプリメント名** | **用法・用量** |
| 記入してください | 記入してください | 記入してください | 記入してください |

**② 医療衛生材料情報（名称・規格など）（記載例：弾性ストッキングを使用など）**

|  |
| --- |
| 記入してください |

**③ 症例に関連する画像（症例を理解する上で必要な情報を掲載）**

|  |  |
| --- | --- |
|  | 必要な情報を記入してください |

**３．患者基本情報**

**① 患者情報**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **疾病名** | 記入してください | | | | | |
| **アレルギー歴** | 記入してください | **性別** | **選択** | **年齢** | ●●才 |
| **介護認定** | **選択してください** | **居住形態** | 記入してください | | |

**② 患者特徴**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **観察開始時の状態** | | **観察終了時の状態変化** |
| **姿勢** | （日頃多い姿勢）　　　寝ている　　　　立っている　　　座っている  [ **上記から１つ選択してください** ] | | **選択してください** |
| **食欲** | 変わらない　　　　　減った　　　　　増えた  [ **上記から１つ選択してください** ] | | **選択してください** |
| **体格** | 筋肉質　　　　中肉　　　　ヤセ質　　　　水太り　　　　脂肪太り  [ **上記から１つ選択してください** ] | | **選択してください** |
| **体質** | 普通　　　腺病質　　　疲れやすい　　　冷え性　　　多汗症 | | **選択してください** |
| **性格** | 無気力　　やる気がおきない　　不安感が強い　　易怒性  塞ぎ込みやすい　　物音に敏感 | | **選択してください** |
| **睡眠** | 寝つきが悪い　　中途で目覚める　　眠りが浅い　熟眠感なし  夢をよく見る　　　悪い夢を見る  　　　　→睡眠剤の使用の有無（　**選択してください**　） | | **選択してください** |
| **頭** | 痛い　　　重い　　　のぼせ　　　めまい　　　頭汗 | | **選択してください** |
| **顔色** | 健康　　　赤い　　　赤黒い　　　青白い　　　白い　　　どす黒い  [ **上記から１つ選択してください** ] | | **選択してください** |
| **目** | 充血　　黄色い　　視力減退　　涙が出やすい　　瞼が重い | | **選択してください** |
| **口腔** | 渇く　荒れる　口苦い　舌白い　口臭い　舌黄色い  歯肉の発赤や腫脹　歯痛　歯出血　総義歯　部分義歯 | | **選択してください** |
| **耳・鼻** | 耳鳴り　　耳ダレ 　難聴 　鼻づまり 　鼻汁多い 　膿汁 | | **選択してください** |
| **咳** | 症状なし　　症状あり（　**選択してください**　） | | **選択してください** |
| **痰** | 症状なし　　症状あり（　**選択してください**　） | | **選択してください** |
| **皮膚** | 痒み　乾燥　アトピー性皮膚炎 分泌物（ **選択してください** ） | | **選択してください** |
| **排尿** | 赤み　　　血尿　　　普通　　　濃縮尿  [ **上記から１つ選択してください** ] | | **選択してください** |
| **便通** | スッキリ出る　　　残る感じ　　　下痢　　　硬便　　　軟便  [ **上記から１つ選択してください** ] | | **選択してください** |
| **婦人科** | 初潮　●●才、　　閉経　●●才、　　堕胎　●●回、　　月経困難 | |  |
| **その他、精神状況や生活状況など**  **特記すべき事項** | | 記入してください | |

**③ 検査所見などの経過（身長・体重およびバイタルサイン、血液検査、舌の観察など）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **観察開始時**  **（**●●**/**●●**/**●●**）** | **観察経過①**  **（**●●**/**●●**/**●●**）** | **観察経過②**  **（**●●**/**●●**/**●●**）** | **観察経過③**  **（**●●**/**●●**/**●●**）** |
| **身　長** | | ●●●.● **cm** | ●●●.● **cm** | ●●●.● **cm** | ●●●.● **cm** |
| **体　重** | | ●●.●**kg** | ●●.●**kg** | ●●.●**kg** | ●●.●**kg** |
| **血　圧** | | ●●●**/**●● **mmHg** | ●●●**/**●● **mmHg** | ●●●**/**●● **mmHg** | ●●●**/**●● **mmHg** |
| **脈拍数** | | ●● | ●● | ●● | ●● |
| **体　温** | | ●●.● **℃** | ●●.● **℃** | ●●.● **℃** | ●●.● **℃** |
| **SpO2** | | ●●**％** | ●●**％** | ●●**％** | ●●**％** |
| **呼吸数** | | ●● **回/分** | ●● **回/分** | ●● **回/分** | ●● **回/分** |
| **食事形態** | | 記載してください | 記載してください | 記載してください | 記載してください |
| **食事摂取**  **（主/副食別の摂取割合）** | | ●**回/日**  **(主/副**●**/** ●**摂取)** | ●**回/日**  **(主/副**●**/** ●**摂取)** | ●**回/日**  **(主/副**● **/** ●**摂取)** | ●**回/日**  **(主/副**● **/** ●**摂取)** |
| **水分摂取** | | ●●●● **ml/日** | ●●●● **ml/日** | ●●●● **ml/日** | ●●●● **ml/日** |
| **尿量** | | ●●● **ml/日** | ●●● **ml/日** | ●●● **ml/日** | ●●● **ml/日** |
| **尿回数**  **（うち夜間の回数）** | | ● **回/日**  **（夜間：**●**回/日）** | ● **回/日**  **（夜間：**●**回/日）** | ● **回/日**  **（夜間：**●**回/日）** | ● **回/日**  **（夜間：**●**回/日）** |
| **排便状態** | | ● | ● | ● | ● |
| **排便回数** | | ● **回/日** | ● **回/日** | ● **回/日** | ● **回/日** |
| **浮腫の分布（全身または部位を記載）** | | 記載してください | 記載してください | 記載してください | 記載してください |
| **浮腫の程度** | | ● | ● | ● | ● |
| **血液検査** | **WBC** | ●●●● **/μL** | ●●●● **/μL** | ●●●● **/μL** | ●●●● **/μL** |
| **RBC** | ●●● **万/μL** | ●●● **万/μL** | ●●.●**万/μL** | ●●.●**万/μL** |
| **Hb** | ●●.● **g/dL** | ●●.● **g/dL** | ●●.● **g/dL** | ●●.● **g/dL** |
| **Hct** | ●●.● **％** | ●●.● **％** | ●●.● **％** | ●●.● **％** |
| **TP** | ●.● **g/dL** | ●.● **g/dL** | ●.● **g/dL** | ●.● **g/dL** |
| **Alb** | ●.● **g/dL** | ●.● **g/dL** | ●.● **g/dL** | ●.● **g/dL** |
| **Cre** | ●.●● **mg/dL** | ●.● **mg/dL** | ●.● **mg/dL** | ●.● **mg/dL** |
| **BUN** | ●●.● **mg/dL** | ●●.● **mg/dL** | ●●.● **mg/dL** | ●●.● **mg/dL** |
| **eGFR** | ●●.● **mL/min./1.73m2** | ●●.● **mL/min./1.73m2** | ●●.● **mL/min./1.73m2** | ●●.● **mL/min./1.73m2** |
| **AST** | ●● **U/L** | ●●.● **U/L** | ●●.● **U/L** | ●●.● **U/L** |
| **ALT** | ●● **U/L** | ●●.● **U/L** | ●●.● **U/L** | ●●.● **U/L** |
| **NT-proBNP** | ●●● **pg/mL** | ●●.● **pg/mL** | ●●.● **pg/mL** | ●●.● **pg/mL** |
| **舌の観察** | **舌質の色** | **選択してください** | **選択してください** | **選択してください** | **選択してください** |
| **舌苔** | **選択してください** | **選択してください** | **選択してください** | **選択してください** |
| **舌苔の厚さと苔質** | **選択してください** | **選択してください** | **選択してください** | **選択してください** |
| **歯形の有無** | **選択してください** | **選択してください** | **選択してください** | **選択してください** |

**記載方法**：食事形態や食事摂取は、普通食・刻み食・軟飯などおよび主／副食別に摂取割合を記載してください（例：主食10割、副食3割の場合、「10/3」と記載してください）。舌の観察は該当する項目を選択してください。なお、排便状態・浮腫の分布・浮腫の程度・舌の観察の項目の解釈は各種評価の補足資料を参照してください。