

服薬介助チェックシート

作成日： 2022年3月4日

ご利用者様氏名 _____ 様

食事時間	朝	昼	夜
------	---	---	---

	チェック内容	○ を記入
1	服薬する薬（種類・数）を確実にチェックができているか	
2	配膳を1人分ずつ行っているか（施設等）	
3	ご利用者様の顔を見て配膳しているか	
4	エプロンをお膳の下に挟んでいるか（薬を落とすのを防ぐため）	
5	薬が落ちていないか確認しているか	
6	食札、薬袋の名前と一致しているか、声に出して確認しているか	
7	薬を飲み込んだ確認をしているか	
8	異食がある場合、薬を薬かごなどにきちんと保管しているか	
9	薬袋に印をしているか（複数の服薬の区別のため）	
10	服薬に関して他スタッフに連絡ができているか	

チェック担当者氏名： _____

責任者氏名： _____