【多職種連携による薬局・薬剤師の在宅医療サービス推進事業】

様式Ⓑ（経験の浅い薬剤師　⇒　経験豊富な薬剤師　⇒　福島県薬剤師会）

『薬剤師の同行訪問事業』実施後のアンケート

報告日　平成　　　年　　　月　　　日

　このアンケートは、在宅訪問の経験豊富な薬剤師に訪問に同行してもらうことによって、どのように感じられたか等を把握し、次年度以降につなげていくためのものです。

【訪問への同行を依頼した薬剤師の情報】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 薬局名 |  |
| 性　別 | 男　・　女 | 年　齢 | 歳代 | 薬局での通算勤務年数 | 約　　　　　　年間 |
| 在宅医療の経験 | □　ある－経験年数（　　　　年前くらいから年に　　　　回くらい）□　ない－その理由（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 無菌調剤の経験 | □　ある－経験した場所　□現在の勤務先　□以前勤めていた薬局　□以前勤めていた病院□　ない　　　　　　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

【勤務する薬局の情報】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 調剤基本料の区分 | 調剤基本料（　　　　） | 勤務している薬剤師数勤務している事務員数 | 　常勤　　　名　　　非常勤　　　名　常勤　　　名　　　非常勤　　　名 |

【同行訪問事業に参加して感じたこと】

|  |
| --- |
| １　在宅医療に対して、今まで以上に積極的に取り組みたいですか |
| □　そう思う　　□　ややそう思う　　□　今までと変わらない　　□　わからない |
| ２　多職種との連携に、今まで以上に積極的に取り組みたいですか |
| □　そう思う　　□　ややそう思う　　□　今までと変わらない　　□　わからない |
| ３　今後、在宅医療への依頼があった際に、対応したいですか |
| 　　　□　そう思う　　□　ややそう思う　　□　今までと変わらない　　□　わからない |
| ４　同行訪問事業に参加して、良かった点をご記入ください。 |
|  |

次ページに続きます

|  |
| --- |
| ５　同行訪問事業で、もっと教えてほしかった点をご記入ください。 |
|  |
| ６　同行訪問事業に参加しての感想をご記入ください。 |
|  |

※　ご協力ありがとうございました。この用紙は訪問に同行いただいた薬剤師にご提出ください。