【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２－１（ケアマネ・訪看等　⇒　薬局・薬剤師　⇒　地域薬剤師会　⇒　福島県薬剤師会）

※患者情報の整理のため、薬局で記載

|  |  |
| --- | --- |
| 患者  番号 |  |

『薬剤師のおためし訪問』実施依頼書

依頼日　平成　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　薬局　御中

依頼者【□訪問看護師・□ケアマネジャー・□その他（　　　　　　　　）】

　　事業所名

　　作成者名

　　TEL.　　　　　　　　　　　　　　FAX.

　　E-mail

下記の利用者に『薬剤師のおためし訪問』をお願いします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 利用医療機関名 |  | 担当医師名 | 医師への報告（ 済 ・ 未 ） |
| 薬剤師の訪問を  希望する理由 | □ 飲み忘れてしまう　　□ 飲みづらい・飲んでくれない　　□ 飲みすぎてしまう  □ 嚥下困難への対応（経管栄養等）　　□ 薬の管理ができていない　　□ 残薬が多い  □ 副作用の不安　　□ 薬についての知識不足　　□ 多種類服薬への不安  □ 他科受診に伴う相互作用の不安　　□ 薬剤のADLへの影響　　□ QOLの向上  □ 排便コントロール　　□ 痛みの管理　　□ 多職種との連携　　□ 家族からの依頼  □ その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 薬剤師に関与  してほしい  具体的な課題 |  | | |
| 薬剤師に  対する要望 |  | | |

【薬局記入欄】

|  |  |
| --- | --- |
| 薬局名・担当薬剤師名 | □訪問します（訪問予定日　　月　　日）  □訪問できません |
| 訪問できない場合、その理由をご記入ください | |

※　この用紙は、「患者同意書（様式1）」を添えて、かかりつけの薬局にお送りください。

（原本は訪看・ケアマネにて保管してください）

※　薬局では訪問の可否を記入し、地域薬剤師会にお送りください。

薬局名：