【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２－２（薬局・薬剤師　⇒　ケアマネ・訪看等(聞取り内容の記入)　⇒　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』実施確認書

確認日　平成　　　年　　　月　　　日

確認相手【□ 医師　□ 歯科医師　□ ケアマネジャー　□ 訪問看護師

□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）】

　　事業所名

　　TEL.　　　　　　　　　　　　　　FAX.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用医療機関名 | |  | | 担当医師名 |  |
| 訪問が必要だと考える理由  (薬剤師が記入) | | □ 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：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 他職種  からの  聞取り | 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 | |  | | |

* この用紙は、地域薬剤師会にお送りください。　　※　原本は各薬局で保管してください。

薬局名：