【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４（薬局・薬剤師　⇒　主治医・ケアマネ・訪看）

※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』実施報告書

平成　　　年　　　月　　　日

主　治　医　　　　　　　　　　　先生

ケアマネジャー　　　　　　　　　　　　様　　訪問看護師　　　　　　　　　　　　　　様

【患者さま情報】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 |  | 男・女 | 生年月日 | 大正・昭和・平成　　　年　　　月　　　日（　　歳） |
| 住　　所 | 〒 | 電話番号 |  |

【薬剤師による服薬指導・患者生活状況確認内容等】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 訪　問　日 |  | 訪問薬剤師氏名 |  |
| ※確認した項目にチェック |
|  | 服薬状況 |  | ADLの状況 |
|  | 嚥下機能の状況 |  | QOLの状況 |
|  | 薬の管理・保管状況 |  | 食欲の状況 |
|  | 残薬の状況 |  | 食事量、食事回数の状況 |
|  | 副作用の発現状況 |  | 排泄の状況 |
|  | 薬効に関する説明 |  | 睡眠の状況 |
|  | 服薬意義の理解度 |  | ふらつき、転倒の状況 |
|  | 他科受診の状況 |  | 認知機能の状況 |
|  | 併用薬の有無 |  | 糖尿病の状況 |
|  | 健康食品・サプリメントの接種の有無 |  | 痛みの発現状況 |
|  | 相互作用の発現 |  | うつの発現状況 |
|  | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 訪問時に実施した具体的内容 |

薬局住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　FAX番号

薬 局 名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当薬剤師名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞