【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６（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』事業報告書

報告日　平成　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　薬剤師会　御中

薬局名

　　　　　　　　薬剤師名

　　　　　　　　TEL.　　　　　　　　　　　　　　FAX.

『薬剤師のおためし訪問』を実施しましたので、下記のとおり報告します。

【患者情報】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 性別 | 男・女 | 年齢 | □２０歳未満　□３０歳代　□４０歳代　□５０歳代　□６０歳代　□７０歳代　□８０歳以上 | | | | | |
| 保険の種類 | | □医療保険　□介護保険 | | 訪問回数 | 回 | １回の訪問時間  （平　均） | |  |
| 薬局からの訪問距離・移動時間 | | （訪問距離）約　　　　　　km  （移動時間）約　　　　　　分 | | | 居住形態 | | □独居　□夫婦のみ　□複数世代  □その他（　　　　　　　　　　　） | |
| おためし訪問の  依頼内容 | | 【依頼者】　□訪問看護師　□ケアマネジャー　□その他（　　　　　　　　　　　　）  【目的または解決すべき課題】 | | | | | | |

【訪問内容】

|  |  |
| --- | --- |
| 訪問時に  確認した項目 | □　服薬状況　　　　　　　　　　　　　　　□　相互作用  □　嚥下機能の状況　　　　　　　　　　　　□　ADL  □　管理・保管状況　　　　　　　　　　　　□　QOL  □　残薬　　　　　　　　　　　　　　　　　□　食欲  □　副作用　　　　　　　　　　　　　　　　□　食事量・回数  □　薬効説明　　　　　　　　　　　　　　　□　排泄  □　効果　　　　　　　　　　　　　　　　　□　睡眠  □　理解度　　　　　　　　　　　　　　　　□　ふらつき・転倒  □　他科受診　　　　　　　　　　　　　　　□　認知症  □　併用薬　　　　　　　　　　　　　　　　□　痛み  □　健康食品・サプリメント　　　　　　　　□　うつ  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 行った  薬学的管理の  具体的内容 |  |
| 訪問課題の達成 | □できた　　□ほぼできた　　□あまりできなかった　　□できなかった |

薬局名：