

H30 年度福島県「医療 I C T を活用した先進的な地域の健康サポート推進事業」および
「キビタン健康ネットを利用した薬薬連携に関する調査研究」
事例報告書（記入例）

基本情報

薬局名	キビタン薬局	医療機関名	キビタン総合病院
薬剤師名	福島 太郎	病院薬剤師名	郡山 花子

患者情報

性別	男・女	年齢	50 歳	キビタン ID (下 4 桁)	1234
----	-----	----	------	-----------------	------

共有した情報（複数チェック可）

	1. 薬薬連携で共有した情報と、共有手段を選択してください。	キビタン	お薬手帳	処方せん	電話	面談	トレーシングレポート	その他
<input checked="" type="checkbox"/>	レジメン内容	✓						
<input checked="" type="checkbox"/>	抗がん剤名	✓	✓	✓				
<input checked="" type="checkbox"/>	投与量	✓	✓					
<input checked="" type="checkbox"/>	投与スケジュール	✓	✓					
<input checked="" type="checkbox"/>	臨床検査値	✓				✓		
<input checked="" type="checkbox"/>	注意すべき副作用		✓			✓		
<input checked="" type="checkbox"/>	支持療法		✓	✓				
<input checked="" type="checkbox"/>	病院薬剤師の指導内容				✓	✓		情報提供書も頂いた
<input checked="" type="checkbox"/>	患者の問題点					✓		
<input checked="" type="checkbox"/>	病名	✓						
<input checked="" type="checkbox"/>	病期	✓						
<input checked="" type="checkbox"/>	告知の有無					✓		
<input checked="" type="checkbox"/>	化学療法の目的							
<input type="checkbox"/>	添付文書の用法から逸脱している理由・意図							
<input checked="" type="checkbox"/>	治療中止、変更の際の経緯					✓		
<input checked="" type="checkbox"/>	アレルギー歴		✓					
<input checked="" type="checkbox"/>	過去の治療歴	✓						
<input checked="" type="checkbox"/>	残薬状況	✓					✓	
<input checked="" type="checkbox"/>	副作用のグレード					✓		

薬薬連携における情報共有の方法と回数（時間）

【患者との情報共有】	回数	時間
調剤および服薬指導回数	2回	30分
調剤のない患者相談対応回数	回	分
電話・メールでの状況把握回数	1回	5分

おおよその時間で結構です。
合計時間を記入ください。

【薬薬連携での情報共有】	電話	メール	FAX	面談	手帳	その他
情報共有の方法と回数	回	回	回	1回	2回	1回
情報共有に要した時間	分	分	分	15分	10分	5分

病院薬剤師と情報を共有した方法と回数、おおよそ所要時間を記入ください。期間中の病院から薬局への情報提供も含まれます。

服薬指導などで得られた情報を医療機関に報告した状況を記入してください。

【薬局から医療機関への情報提供】	電話	メール	FAX	面談	お薬手帳	トレーシングレポート	その他
情報提供回数	1回	回	回	回	2回	1回	回
情報提供に要した時間	10分	分	分	分	5分	10分	分

薬薬連携に対する評価

薬薬連携の有効性	非常に有効	有効	それほど有効でない	まったく有効でない
主観的評価	✓			

キビタン健康ネットの有効性	非常に有効	有効	それほど有効でない	まったく有効でない
主観的評価		✓		

事業前から薬薬連携は行って いましたか？	ほぼすべての患者 で実施	一部の患者で実施	ほとんど実施してい ない	実施していない
主観的評価			✓	

自由回答欄（紹介したい事例など記入ください。別紙記入でも結構です）