【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）

報告日　令和　　　年　　　月　　　日

※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』成果報告書

　　　　　　　　　　　　　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 | 居住形態 | □独居　□夫婦のみ　□複数世帯□その他（　　　　　　　　　　　） |
| 事前打合せ回数 | 回 | 実施日 |  |
| 訪問回数 | 回 | 訪問日 |  |
| ｱﾌﾀｰﾌｫﾛｰ回数 | 回 | 実施日 |  |

【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 |
| 薬剤師が在宅医療に関わることについてご意見をお聞かせください |  |

薬局名：