【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（【ケアマネ・訪看等　⇔　薬局・薬剤師】　⇒　地域薬剤師会　⇒　福島県薬剤師会）

依頼日　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』実施依頼書・確認書

　　　　　　　　　　　　　薬局　御中

依頼者【□ケアマネジャー・□訪問看護師・□その他（　　　　　　　　）】

　　事業所名

　　作成者名

　　TEL.　　　　　　　　　　　　　　FAX.

　　E-mail

|  |  |
| --- | --- |
| 実施の経緯 | □他職種からの依頼　　□薬局からの提案 |
| 患者氏名 |  | 男・女 | 生年月日 | 大正・昭和・平成　　年　　月　　日（　　歳） |
| 住所 | 〒 |
| 利用医療機関名 |  | 担当医師名 | 医師への報告（ 済 ・ 未 ） |
| 薬剤師の訪問を希望する理由 | □飲み忘れてしまう　　　□飲みづらい・飲んでくれない　　　□残薬が多い□飲みすぎてしまう　　　□嚥下困難への対応（経管栄養等）　□副作用の不安□薬についての知識不足　□薬の管理ができていない　　　　　□多種類服薬への不安□薬剤のＡＤＬへの影響　□他科受診に伴う相互作用の不安　　□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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 薬剤師に関与してほしい具体的な課題・要望 |  |

【薬局記入欄】

|  |  |
| --- | --- |
| 薬局名薬剤師名 | □訪問します（訪問予定日　　月　　日）□訪問できません |
| 訪問できない場合、その理由をご記入ください |

※　この用紙は、「患者同意書(様式1)」を添えてかかりつけの薬局にお送りください。(原本は訪看・ケアマネにて保管してください)

※　薬局では訪問の可否を記入し、地域薬剤師会にお送りください。

薬局名：