【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）※様式２を添付

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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』実施報告書

主　治　医　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　先生

ケアマネジャー　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様

訪問看護師　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様

　日頃より大変お世話になっております。

　令和5年度福島県医療介護総合確保基金事業の『薬剤師のおためし訪問』事業にて、別紙依頼に基づき以下のとおり訪問いたしましたのでご報告申し上げます。

【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 名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当薬剤師名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

薬局住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　FAX番号