【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】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護認定状況 | □認定なし | 性　別 | 男性 ・ 女性 | 年　齢　 | 歳 |
| □要支援１ | 居住形態 | □独居　 □夫婦のみ　 □複数世帯　 □施設入居 |
| □要支援２ | □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| □要介護１ |  | 事前打合せ | おためし訪問 | アフターフォロー |
| □要介護２ | 回　数 | 回 | 回 | 回 |
| □要介護３ |
| □要介護４ | 実施日 |  |  |  |
| □要介護５ |
| □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

【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 　□　ふらつき・転倒□　理解度 　　□　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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 訪問時に行った薬学的管理の具体的内容 |  |
| おためし訪問終了後の対応 | □ 医療・介護保険による在宅医療に移行（移行予定）□ 継続して訪問しているが保険請求していない□ おためし訪問事業のみで終了（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□ その他（ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 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：