平成３０年度中津地区における薬局薬剤師の在宅業務推進事業

様式4

**「薬剤師のおためし訪問」実施報告書**

（薬局・薬剤師⇒主治医・紹介者（在宅医療関係者））

提出日：平成　　　年　　　月　　　日

主治医　　　　　　　　　　　　　　先生

紹介者　　　　　　　　　　　　　　　様

(薬局記入欄)

　患者No.

【患者様情報】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 |  | 男・女 | 生年月日 | T･S･H　　年　　月　　日　（　　　歳） |
| 住　　所 |  | 電話番号 |  |

【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□1.服薬状況　　　　　　　　　　　　　　　□13.ADL□2.嚥下機能の状況　　　　　　　　　　　　□14.QOL□3.管理・保管状況　　　　　　　　　　　　□15.食欲□4.残薬　　　　　　　　　　　　　　　　　□16.食事量・回数□5.副作用　　　　　　　　　　　　　　　　□17.排泄□6.薬効説明　　　　　　　　　　　　　　　□18.睡眠□7.効果　　　　　　　　　　　　　　　　　□19.ふらつき、転倒□8.理解度　　　　　　　　　　　　　　　　□20.認知症□9.他科受診　　　　　　　　　　　　　　　□21.痛み□10.併用薬　　　　　　　　　　　　　　　□22.うつ□11.健康食品・サプリメント　　　　　　　□23.その他□12.相互作用　　　　　　　　　　　　　　 |
| ※訪問時に実施した具体的内容 |

薬 局 名： TEL:　 FAX:

薬局住所： 担当薬剤師名：　　　　　　　　　　　　　　印