**「薬剤師のおためし訪問」実施評価票**

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5

（在宅医療関係者⇒薬局・薬剤師⇒中津薬剤師会）

連絡日　平成　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　薬局　御中

報告者　訪問看護師・ケアマネジャー・その他(　　　　　　　)

(薬局記入欄)

　患者No.

事業者名:

平成28年度患者のための薬局ビジョン推進事業

担当者名:

TEL:　　　　　　　 　　FAX:

「薬剤師のおためし訪問」についての評価を報告します。

**1．総合評価（該当項目に〇を付して下さい）**

**(1) 薬の服薬状況について**

|  |  |
| --- | --- |
| 薬剤師が訪問する以前 | 訪問を行った後 |
| 極めて不良　　やや不良  ほぼ良好　　良好　　その他（　　　　　　） | 極めて不良　　やや不良  ほぼ良好　　良好　　その他（　　　　　　） |

**(2) 薬の管理状況について**

|  |  |
| --- | --- |
| 薬剤師が訪問する以前 | 訪問を行った後 |
| 極めて不良　　やや不良  ほぼ良好　　良好　　その他（　　　　　　） | 極めて不良　　やや不良  ほぼ良好　　良好　　その他（　　　　　　） |

**(3) 残薬の状況について**

|  |  |
| --- | --- |
| 薬剤師が訪問する以前 | 訪問を行った後 |
| 極めて不良　　やや不良  ほぼ良好　　良好　　その他（　　　　　　） | 極めて不良　　やや不良  ほぼ良好　　良好　　その他（　　　　　　） |

**2．「薬剤師のおためし訪問」実施後の状況(該当項目に〇を付して下さい)**

1.薬袋などの整理・保管方法改善によって服薬状況が改善した

2.一包化によって服薬状況が改善した

3.薬整理箱・服薬カレンダ－によって服薬状況が改善した

4.剤形変更により服薬状況が改善した(口腔内崩壊錠等）

5.調剤上の工夫（粉砕・簡易懸濁法等）により服薬状況が改善した

6.１日の服薬回数が減った

7.服薬の種類が減った

8.頻回受診・飲みすぎが減った

9.薬の保管や整理にかかる時間が減った

10.飲み残し・飲み忘れ(残薬）の整理ができた

11.副作用が回避できた

12.薬に対する理解が向上した

13.他科との重複投薬が回避できた

14.相互作用が回避できた

15.ADLへの影響を回避できた

16.QOLが向上した

17.排便コントロールが改善した

18.痛みの管理が改善した

19.多職種連携が改善した

20.家族の負担が軽減された

21.その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**3．今回の事業で薬剤師との連携をどう感じましたか。(該当項目に〇を付して下さい)**

有用であった　　やや有用であった　　あまり有用でなかった　　有用でなかった

**⇒その理由をお聞かせ下さい。**

**4．今後の在宅医療・介護における連携についてご意見をお聞かせ下さい。**

ご協力ありがとうございました。担当薬剤師・薬局にご提出をお願いします。