**「薬剤師のおためし訪問」事業実施報告票**

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6

（薬局・薬剤師⇒中津薬剤師会）

連絡日　平成　　年　　月　　日

中津薬剤師会　御中

報告者

薬 局 名:

平成28年度患者のための薬局ビジョン推進事業

薬剤師名:

TEL:　　　　　　　　FAX:

下記の患者さまへの「薬剤師のおためし訪問」事業の実施報告をします。

【患者・患家情報】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者No. |  | 性別 | 男・女 | 年代 | 20歳未満・30歳代・40歳代・50歳代・60歳代・70歳代・80歳以上 | | | | |
| 保 険 の 種 類 | | | 医療保険 ・ 介護保険 | | | 訪問回数 | 回 | 1回の訪問時間  (平均) | 約　　　　分 |
| 薬局からの訪問距離・移動時間 | | | (訪問距離)　　　　　　　　㎞　　　 ・ （移動時間）　　　　　　分 | | | | | | |
| 居　住　形　態 | | | 独居　・　夫婦のみ　・　複数世代　・　その他(　　　　　　　　　　　) | | | | | | |
| 「おためし訪問」の依頼内容  （目的または解決すべき課題） | | | 依頼者 : 訪問看護師　・　ケアマネジャー　・　その他(　　　　　　　) | | | | | | |

【訪問内容】

|  |  |
| --- | --- |
| 訪問時に確認した項目 | □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 |
| 行った薬学的管理の  　具体的内容 |  |
| 訪問課題の達成 | できた　・　ほぼできた　・　あまりできなかった　・　できなかった |