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1-1

**「薬剤師のおためし訪問」実施依頼書**

 (在宅医療関係者⇒在宅業務可能薬局)

連絡日　平成　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　御中

依頼者　医師・訪問看護師・ケアマネジャー・その他(　　　　　　)

事業所名:

平成28年度患者のための薬局ビジョン推進事業

作成者:

TEL:　　　　　　　　　　FAX:

下記の利用者に「薬剤師のおためし訪問」をお願いします。

【患者情報】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 利用医療機関名 |  | 担当医師名 |  |
| 患者氏名 |  | 男・女 | 生年月日 | T･S･H　　年　　月　　日　（　　　歳） |
| 住　所 |  |
| 電話番号 |  | 訪問前の連絡 | 要 ⇒（連絡先: 　 　 　　） 不要 |
| かかりつけ薬剤師※の有無 | 　　　　有　・　無 | かかりつけ薬剤師の情報 | 薬局名（　　　　　　　　　　　　　　　）氏　名（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 薬剤師に訪問してほしい理由（複数可） | ①飲み忘れてしまう　②飲みづらい・飲んでくれない　③飲みすぎてしまう④嚥下困難への対応（胃瘻を含む）　⑤薬の管理ができていない　⑥残薬が多い⑦副作用の不安　⑧薬についての知識不足　⑨多種類服薬への不安⑩他科受診に伴う相互作用の不安　⑪薬剤のADLへの影響　⑫QOLの向上⑬排便コントロール　⑭痛みの管理　⑮多職種との連携　⑯家族からの依頼⑰その他（具体的に: 　　　　　　　 ） |
| 薬剤師に関与してほしい具体的な課題 |  |
| 薬剤師に対する要望 |  |

※かかりつけ薬剤師とは、患者の服薬情報を一元的に把握して適切な指導・助言を行うため、患者が指名した薬剤師のこと

記入いただいた個人情報は、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の実施関連業務においてのみ使用いたします。