様式 1

記載例

平成 29 年度「患者のための薬局ビジョン推進事業」

「薬剤師のおためし訪問」実施確認書

(薬剤師・薬局記入用)

実施薬局	［薬局名］　県薬薬局
	［担当者］　県薬太郎
連携者	医師・歯科医師・訪問看護師・(ケアマネジャー)・保健師・その他（　　）
	［事業所名］　ケアりんどう

＊おためし訪問を実施する患者情報について、連携者（他職種）から聞き取るなどして、薬局（薬剤師）が記入して下さい。(連携者(他職種)がいない場合は、家族等より聞き取り)

＊この様式は提出の必要はありません。

【患者情報】

利用医療機関名	松本クリニック		担当医師名	松本花子医師
患者氏名	旭町　次郎	(男)・女	生年月日	T・(S)・H　3 年　3 月　3 日　（　89　歳）
住　所	松本市旭 2-10-15			
電話番号	0263-34-5511		訪問前の連絡	(要)　⇒（連絡先:　0263-34-5511　） 不要
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	服薬状況の改善、残薬の解消			
薬剤師に対する要望	薬の管理がうまくできていないので、生活環境を見て飲めるように工夫してほしい。			