

## 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 29 年 11 月 30 日

主治医 松本 花子 先生

紹介者 長野 りんどう 様

(薬局記入欄)

患者 No. 001

## 【患者様情報】

|      |              |      |              |                              |
|------|--------------|------|--------------|------------------------------|
| 患者氏名 | 旭町 次郎        | 男・女  | 生年月日         | T・S・H 3 年 3 月 3 日<br>( 89 歳) |
| 住 所  | 松本市旭 2-10-15 | 電話番号 | 0263-34-5511 |                              |

## 【薬剤師による服薬指導・患者生活状況確認内容等】

|     |                   |         |       |
|-----|-------------------|---------|-------|
| 訪問日 | 平成 29 年 11 月 10 日 | 訪問薬剤師氏名 | 県薬 太郎 |
|-----|-------------------|---------|-------|

※確認した項目にチェック

|                                               |                                     |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 1.服薬状況    | <input type="checkbox"/> 13.ADL     |
| <input type="checkbox"/> 2.嚥下機能の状況            | <input type="checkbox"/> 14.QOL     |
| <input checked="" type="checkbox"/> 3.管理・保管状況 | <input type="checkbox"/> 15.食欲      |
| <input checked="" type="checkbox"/> 4.残薬      | <input type="checkbox"/> 16.食事量・回数  |
| <input type="checkbox"/> 5.副作用                | <input type="checkbox"/> 17.排泄      |
| <input type="checkbox"/> 6.薬効説明               | <input type="checkbox"/> 18.睡眠      |
| <input type="checkbox"/> 7.効果                 | <input type="checkbox"/> 19.ふらつき、転倒 |
| <input type="checkbox"/> 8.理解度                | <input type="checkbox"/> 20.認知症     |
| <input type="checkbox"/> 9.他科受診               | <input type="checkbox"/> 21.糖尿病     |
| <input type="checkbox"/> 10.併用薬               | <input type="checkbox"/> 22.痛み      |
| <input type="checkbox"/> 11.健康食品・サプリメント       | <input type="checkbox"/> 23.うつ      |
| <input type="checkbox"/> 12.相互作用              | <input type="checkbox"/> 24.その他     |

※訪問時に実施した具体的内容

飲み残しの薬について確認させていただきました。

20 日分の血圧の薬、18 日分の心臓の薬、12 日分の胃薬などが残っていたので、次回ご処方の際に、日数調整のご連絡をさせていただきたいと思います。

また、次回以降はすべて 1 包化にし、服用する日付を印字してお薬カレンダーにセットしてお渡しすることを確認しました。

薬 局 名： 県薬薬局

薬局住所： 松本市旭 2-11-20

TEL: 0263-34-5511 FAX: 0263-34-0075

担当薬剤師名： 県薬 太郎

印