

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]
	[担当者]
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]

* 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			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	
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					