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」実施評価票

（在宅医療関係者⇒薬局・薬剤師⇒地域薬剤師会⇒長野県薬剤師会）

連絡日　平成　　年　　月　　日

薬局　御中

(薬局記入欄)
患者 No.

報告者　医師・歯科医師・訪問看護師・ケアマネジャー・保健師・
その他（　　）
事業者名:
担当者名:
TEL:　　FAX:

「薬剤師のおためし訪問」についての評価を報告します。

1．総合評価（該当項目に○を付して下さい）

(1) 薬の服薬状況について

薬剤師が訪問する以前	→	訪問を行った後
極めて不良　やや不良 ほぼ良好　良好　その他（　　）		極めて不良　やや不良 ほぼ良好　良好　その他（　　）

(2) 薬の管理状況について

薬剤師が訪問する以前	→	訪問を行った後
極めて不良　やや不良 ほぼ良好　良好　その他（　　）		極めて不良　やや不良 ほぼ良好　良好　その他（　　）

(3) 残薬の状況について

薬剤師が訪問する以前	→	訪問を行った後
極めて不良　やや不良 ほぼ良好　良好　その他（　　）		極めて不良　やや不良 ほぼ良好　良好　その他（　　）

2.「薬剤師のおためし訪問」実施後の状況(該当項目に○を付して下さい)

1.薬袋などの整理・保管方法改善によって服薬状況が改善した
2.調剤上の工夫（一包化・粉砕・簡易懸濁法等）により服薬状況が改善した
3.薬整理箱・服薬カレンダーによって服薬状況が改善した
4.剤形変更により服薬状況が改善した(口腔内崩壊錠等)
5.１日の服薬回数が減った
6.頻回受診・飲みすぎが減った
7.薬の保管や整理にかかる時間が減った
8.飲み残し・飲み忘れ(残薬）の整理ができた
9.薬に対する理解が向上した
10.他科との重複投薬が回避できた
11.ADL への影響を回避できた
12.QOL が向上した
13.排便コントロールが改善した
14.多職種連携が改善した
15.家族の負担が軽減された
16.その他（　　）

3．今回の事業で薬剤師との連携をどう感じましたか。(該当項目に○を付して下さい)

有用であった　やや有用であった　あまり有用でなかった　有用でなかった

⇒その理由をお聞かせ下さい。

（　　）

4．今後の在宅医療・介護における連携についてご意見をお聞かせ下さい。

ご協力ありがとうございました。担当薬剤師・薬局にご提出をお願いします。