様式７

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」に関するアンケート

本アンケートは全薬局よりご提出いただきたくご協力のほどお願いいたします。

地域薬剤師会名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

薬　　局　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

報　告　者　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

１．「薬剤師のおためし訪問」の依頼・声かけについて（該当に☑印）＊複数回答可

□　A. 薬剤師・薬局から対象患者へ声かけをした（⇒設問 2～7 へ）
□　B. 薬剤師・薬局から在宅医療関係者へ声かけをした（⇒設問 2～7 へ）
□　C. 在宅医療関係者より薬局あて対象患者紹介・依頼があった（⇒設問 2～7 へ）
□　D. 上記 A～C どれもなかった（⇒設問 6・設問 7 へ）

２．「薬剤師のおためし訪問」実施数（報告書の提出完了もの）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿人

３．「薬剤師のおためし訪問」後、医療・介護保険による在宅訪問に移行した件数

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿件

４．「薬剤師のおためし訪問」の要請があったが実施に至らなかったもの（報告書の提出に至らなかったもの）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿件

５．「薬剤師のおためし訪問」を実施せず、初回から医療・介護保険による在宅訪問となったもの

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿件

６．「薬剤師のおためし訪問」事業を通して、うまくいった点・うまくいかなかった点についてご記入下さい。

７．「薬剤師のおためし訪問」を通して、薬剤師の訪問業務等について感じたこと、課題等についてご記入下さい。

ご協力ありがとうございました。