

様式1 (磐田)

平成 29 年度静岡県患者のための薬局ビジョン推進事業 (静岡県委託事業)
「薬剤師の体験在宅訪問」実施依頼書
(在宅医療・介護関係者→磐田薬剤師会)

連絡日 平成 年 月 日

磐田薬剤師会 御中

「シズケア*かけはし」システムを利用
(「シズケア*かけはし」を利用した依頼の場合は
レを入れてください。)

依頼者職種 医師・歯科医師・訪問看護師・ケアマネジャー・
その他()

事業所名:

作成者:

TEL:

FAX:

下記の利用者に「薬剤師の体験在宅訪問」をお願いします。

【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
1 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 12. 排便コントロール 13. 痛みの管理 14. その他(具体的に:)		
2 1についての具体的内容			
3 薬剤師に対する要望			

記入いただいた個人情報は、多職種連携による薬局の在宅医療サービスの推進事業(静岡県委託事業)の実施関係業務においてのみ使用いたします。

磐田薬剤師会事務局(32-8199)へFAXをお願いいたします。

平成 29 年度静岡県患者のための薬局ビジョン推進事業（静岡県委託事業）

「薬剤師の体験在宅訪問」に関する同意書

（患者さま→薬局・薬剤師）

「薬剤師の体験在宅訪問」の実施にあたり、私の個人情報については、次に定める条件で、必要最低限の範囲で利用することに同意します。

1. 使用する目的

事業報告書作成のために行う静岡県薬剤師会への情報提供

2. 提供する情報

薬剤師が行った薬学的管理にかかる情報（世帯構成、訪問内容、性別、年代など）

3. 使用にあたっての条件

得られた情報は、個人が特定されないよう匿名化します。また、データを閲覧できる人は、この事案に関わるものみにします。この事業で知り得た個人情報は、法律の規定がある場合等の例外を除き、明示した目的以外には使用しません。

4. 事業終了後の個人情報の取り扱いについて

事業終了後、本同意書については、2年間モデル地域薬剤師会において保管した後、個人が特定される紙の資料等は破棄し、電子媒体については消去します。

平成 年 月 日

利 用 者 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

利用者代理 住所 _____

（利用者が記入できない場合）

氏名 _____ 印 _____

様式3

平成 29 年度静岡県患者のための薬局ビジョン推進事業（静岡県委託事業）

「薬剤師の体験在宅訪問」に関する連絡票

連絡日：平成 年 月 日

【宛先】

医療機関名 _____

科名 _____

氏名 _____ 先生

【発信】

薬局名: _____

住 所: _____

電 話: _____ F A X: _____

薬剤師名: _____

日頃より大変お世話になっております。

「薬剤師の体験在宅訪問」事業により、下記患者さま宅を訪問させていただきたく、ご連絡申し上げます。

なお、訪問終了後は、実績報告書により、訪問内容についてご報告申し上げますので、よろしく願い申し上げます。

患者氏名	男・女	生年月日	T・S・H 年 月 日(歳)
住所			
在宅医療関係者 及び 患者さまから 薬剤師への要望			
訪問担当薬剤師氏名			

「薬剤師の体験在宅訪問」実施評価票

（在宅医療・介護関係者→薬局・薬剤師→地域薬剤師会→静岡県薬剤師会）

連絡日 平成 年 月 日

磐田薬剤師会 御中

(薬局記入欄) 患者 No. _____

報告者職種 医師・歯科医師・訪問看護師・ケアマネジャー・
 その他 ()
 事業所名 :
 担当者名 :
 TEL : FAX :

「薬剤師の体験在宅訪問」についての評価を報告します。

1. 総合評価（該当項目に○を付してください）

薬剤師が訪問する以前	→	訪問を行った後
(1) 薬の服薬状況について		
不良 やや不良 ほぼ良好 良好 その他 ()		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		
不良 やや不良 ほぼ良好 良好 その他 ()		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		
不良 やや不良 ほぼ良好 良好 その他 ()		不良 やや不良 ほぼ良好 良好 その他 ()

2. 「薬剤師の体験在宅訪問」実施後の状況（該当項目に○を付してください）

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. 一包化によって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. 調剤上の工夫（粉碎・簡易懸濁法等）により服薬状況が改善した。
6. 1日の服薬回数が減った。
7. 服薬の種類が減った。
8. 頻回受診・飲みすぎが減った。
9. 薬の保管や整理にかかる時間が減った。
10. 飲み残し・飲み忘れ（残薬）の整理ができた。
11. 副作用が回避できた。
12. 薬に対する理解が向上した。
13. 他科との重複投薬が回避できた。
14. 相互作用が回避できた。
15. ADLへの影響を回避できた。
16. QOLが向上した。
17. 排便コントロールが改善した。
18. 痛みの管理が改善した。
19. 多職種間の連携ができた。
20. 家族の負担が軽減された。
21. 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○を付してください）

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ください。

4. シズケア*かけはしについて 利用した 利用しない 利用した場合、下記について記入してください。

シズケア*かけはしの具体的な利用内容	<input type="checkbox"/> 在宅チームにおける情報共有 <input type="checkbox"/> 掲示板 <input type="checkbox"/> セキュアメール <input type="checkbox"/> 施設・サービス内容検索 <input type="checkbox"/> 患者・利用者と施設・サービスのマッチング <input type="checkbox"/> その他 ()
--------------------	--

5. 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ください。

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。