**薬剤師による訪問相談報告書**

**様式３**

　　　　　　　　　支部　薬局名：　　　　　　　　　　　　　　　　報告者：

訪問実施日時：令和　　　　年　　　　月　　　　日　（　午前　・　午後　） 　　対応者：

|  |
| --- |
| **■基本情報**　対象者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　居住地：　　　　　　　　　　　　　市　・　町　被保険者年齢：　　　　　　　歳　　性別：　男性　・　女性　患者選定理由：[ ] アドヒアランス　[ ] 認知症　[ ] 独居 　[ ] 多量服薬 　[ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　患者様からの相談：お薬や体調で気になること等（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）* 診療報酬による在宅患者訪問指導の対象者としての該当　　⇒　（有り　・無し）
 |
| **■患者の状態（患者の自己評価）**　薬の服用量　 [ ] 多い　 [ ] 少ない 　[ ] ちょうど良い 　[ ] 分からない　１日の食事の回数は　[ ] ３回　 [ ] ２回 　[ ] １回 　[ ] その他　薬効の理解度（本人の自己評価）：　　良い←（　５　　４　　３　　２　　１　）→悪い　お薬手帳の利用状況（本人の評価）（　利用している　・　利用していない　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　⇒利用しない理由（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　かかりつけ薬局：[ ] 有り（薬局名　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　[ ] 無し　他の病院でもらっている薬を、全ての医師にその内容を伝えている　　　 [ ] 　はい　　　 [ ] 　いいえ　いいえの理由　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)　　症状・体調等 |
| **■処方薬のチェック（訪問薬剤師の判断）**抗認知症薬の服用　[ ] 有り 　[ ] 無し　**お薬の管理について**　薬の管理者：[ ] 本人　 [ ] 家族　 [ ] ヘルパー　 [ ] その他（　　　　　　　　　）　調剤方法 ： [ ] PTP　 [ ] 一包化　 [ ] その他（　　　　　　　　　　　）薬の管理方法： [ ] 薬袋　 [ ] ボックス使用　 [ ] カレンダー使用　[ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　）**お薬手帳について**　お薬手帳の所有状況：　[ ] 所有している（現在使用しているお薬手帳の数　：　　　　　冊　） 　　[ ] 所有していないお薬手帳の利用状況：　（　良い　・　悪い　）　利用しない理由（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**服薬状況について**　服薬の理解度（薬剤師からの評価）：服薬時間　　　理解あり←（　５　　４　　３　　２　　１　）→理解なし　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　服薬回数　　　理解あり←（　５　　４　　３　　２　　１　）→理解なし服薬の苦労[ ] PTPが取り出しにくい　　 [ ] 飲み込みが困難　　 [ ] 粉薬がむせる　 　[ ] 喉に引っかかる　　 [ ] 特に問題ない[ ] １回量が多い　　 [ ] 服用回数が多い　　 [ ] 錠剤が大きすぎ　　 [ ] 飲むことが面倒[ ] 飲みにくい薬（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　 [ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　調剤への要望： [ ] 飲み忘れ防止対策　 [ ] 剤形変更　 [ ] 服薬時間変更　 [ ] 薬の量（散剤）の問題点　　　　　　　　 [ ] １回の服用量（錠剤）が多い　 [ ] 種類が多すぎる　 [ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）重複投与：　 [ ] 有り　　 [ ] 無し（薬剤名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**副作用：**　 [ ] 有り　　 [ ] 無し　困っていること：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）**相互作用：**　[ ] 有り　 [ ] 無し（薬剤名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**禁忌薬剤：**　[ ] 有り　 [ ] 無し（薬剤および疾患：　　) |
| **所有している薬や健康食品の種類について**　一般用医薬品：　　　　　種類（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　健康食品・サプリメント：　　　種類（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **特記事項** |

**今後に向けての相談薬剤師記入欄**

|  |
| --- |
| **問題点**：　[ ] 有り　[ ] 無し |
| 問題点記入 |
| その他、今後に向けての関連事項 |