

# 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  
いイエの理由 ( \_\_\_\_\_ )  
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 一包装 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

### 服薬の苦勞

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