

薬剤師による訪問相談報告書

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： <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し 困っていること：()
相互作用： <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し (薬剤名：)
禁忌薬剤： <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
問題点記入
その他、今後に向けての関連事項