【事業の手引き】 医療機関等関係者の皆様へ
「令和５年度後期高齢者適正服薬支援事業」について

当広域連合では、重複服薬等による薬物有害事象の発生等の防止により、被保険者の健康の保持増進を図るために、標記事業に取り組んでいます。

令和２年度から、モデル圏域を対象に実施してきたところですが、今年度から、各郡市医師会のご協力を賜り、県内全域で取り組むこととなりました。

各医療機関や薬局に、対象となる被保険者から相談があった際は、本資料を参考に、御対応くださるよう、御協力方よろしくお願いします。

〔鹿児島県後期高齢者医療広域連合業務課〕

1　事業の目的は？

本県の実情に即した適正服薬の支援体制を構築し、**重複服薬等による薬物有害事象等の発生や医療品の飲み残しによる残薬の増加を防止**することで、被保険者の健康の保持増進を図る。

2　本県の現状や課題は？

高齢になると複数の病気を持つ人が増え、受診する医療機関も複数となり、薬剤数が増加する背景ともなっています。薬剤数が６～7剤を境に薬物有害事象発生頻度が上昇するとの調査研究報告も出されている中、本県では下記の分析結果が確認されました。

【現状】
- ２つ以上の医療機関で**6種類以上**の薬剤を14日以上処方されている被保険者は**20.6%**
  中には、36剤処方されている人もいました。
- 重複服薬の上位３つは、**①血管拡張剤　②消化性潰瘍剤　③催眠鎮静剤・抗不安薬**
- **お薬手帳の複数所持が多く**、複数医療機関で同効能の薬を処方される例が多いことが、改めて関係者間で共有されました。

【課題】
①**お薬手帳の一本化**等により、高齢者を取りまく関係者間での情報共有が重要
②高齢者の**多剤による****リスクの軽減**を図るため、地域での**連携体制づくり**の強化や推進

3　支援対象者

下記の①又は②の条件で内服薬が長期処方（**28日以上**）されている**75~84歳**の被保険者
※ただし、がんや特定難病の方は除く

①**２つ以上の医療機関**で長期処方の内服薬が**12種類以上**処方
②**２つ以上**の医療機関で**ベンゾジアゼピン系及び非ベンゾジアゼピン系の睡眠薬**処方

4　事業の流れ・方法は？

通知

①対象者に広域連合から「服薬情報のお知らせ」（以下お知らせ）を送付 →【資料１】

※　対象者には、資料１－①、資料１－②、様式１を送付します。

※　対象者がいる処方元医療機関には、対象者への対応依頼を通知 →【資料２】

相談調整

②対象者は、かかりつけ医又はかかりつけ薬局にお知らせ等を持参し相談

③かかりつけ医又は薬剤師は、必要な助言や調整を行う →【様式２】

ア「助言・調整により対応が終了」又は「特に支援の必要なし」対応状況について広域連合にＦＡＸで連絡 →【様式１】

イ　残薬確認等訪問による支援が必要と判断し、本人・家族に対して訪問の同意を得て、広域連合に同意書をＦＡＸで連絡 →【様式１】

連絡訪問

④広域連合は地区薬剤師会に支援希望者の名簿を送付

⑤地区薬剤師会は、在宅訪問可能薬局等に支援希望者の訪問を依頼

⑥訪問を依頼された薬局は、訪問前に対象者の処方元医療機関等に連絡 →【様式２】

⑦訪問薬剤師は対象者に連絡をした上で訪問し、服薬上の困りごとや残薬状況について支援し、記録。訪問状況を処方元医療機関に連絡 →【様式３】

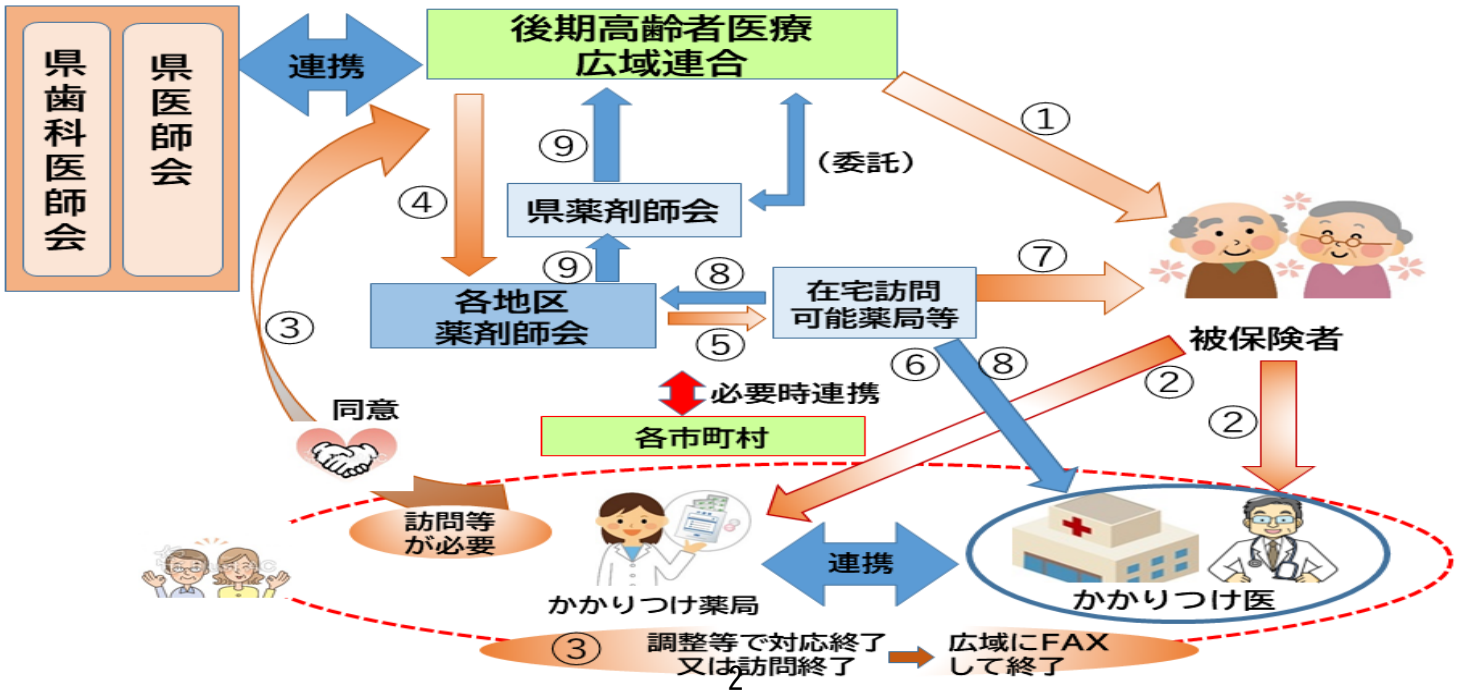
⇒（概ね２か月後、指導後の変化等を確認）

報告

⑧訪問薬剤師は、処方元医療機関・調剤薬局及び地区薬剤師会に報告

⑨地区薬剤師会は、訪問結果を県薬剤師会を通じて広域連合に報告 →【様式３】

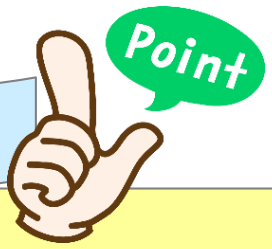
適正服薬支援事業の実施体制（県内全域実施イメージ図）



適正服薬支援事業に関する資料・様式

資料・様式		資料・様式の内容	P
資料１	資料1－①	服薬情報のお知らせ	5～6
	資料1－②	服薬情報お知らせのご案内	7～8
資料２		該当者のいる医療機関へ対応依頼通知 ※服薬情報のお知らせサンプル添付	9～10
様式１		対応状況報告書（同意書含む）	11～12
様式２	様式2－①	服薬情報提供書　　（主治医←薬剤師）	13
	様式2－②	薬についての情報提供書（主治医→薬剤師）	14
様式３		薬剤師による訪問相談報告書	15～16

適正服薬支援に関する医療機関　**ワンポイント情報**



薬剤総合評価調整管理料（医科）

入院中以外の患者で、**６種類以上の内服薬**（特に規定するものを除く）が処方されていた場合、処方が適切かを評価し、2種類以上の減薬を行った場合には**薬剤総合評価調整管理料(250点、月1回に限り)**を算定可能。

処方内容の調整に当たり、別の保険医療機関又は保険薬局に対し、**照会又は情報提供を行った場合、連携管理加算とし、50点を所定点数に加算可能**(※注意事項あり)

また、地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、薬剤総合評価調整管理料を算定すべき**医学管理を情報通信機器を用いて行った場合**は、所定点数に代えて、**218点を算定可能**

資料1－①

00000

（表面）

〒 999-9999
鹿児島県○○市○○町
1-23-456

Sample 様

本通知に関するお問い合わせ（サポートデスク）

※サポートデスクは、株式会社メディアラートに委託しています。

業務委託先：株式会社メディアラート
問い合わせ先：フリーダイヤル 0120-011-589
開 設 時 間：10:00 ～ 17:00
（土・日・祝・年始年末を除く）
開 設 期 間：令和５年12月末まで

このお知らせは、**2つ以上の医療機関で12種類以上のお薬**を処方されている方等にお送りしています。

かかりつけの医療機関 または 薬局に、この通知一式を持参し お薬の内容を確認してもらってください。

確認する内容

- ☑ 薬の飲み合わせに問題ないか
- ☑ 同じ薬効のお薬を飲んでいないか
- ☑ 必要以上のお薬を飲んでいないか

持っていくもの

- ☑ お薬手帳
  （複数持っている場合は全て）
- ☑ 保険証
- ☑ この通知の同封物一式

２つ以上の医療機関で多くの数のお薬が処方されている場合に、同じ成分の薬が重なっていたり、薬同士の飲み合わせに問題が生じることがあります。それらを防ぐために、**かかりつけ医やかかりつけ薬局に、飲んでいる全ての薬を知ってもらい、調整が必要ないか等の相談をすることが大切です。**

（裏面）

服薬情報のお知らせ

Sample 様
被保険者番号　99999999

2023年5月時点の情報で通知書を作成しております。

既に、かかりつけ薬剤師をお持ちの場合は、本明細をかかりつけ薬剤師（下記の★）へお渡しください。

No	医療機関	薬局名	薬剤種類	長期服薬
1	Aクリニック	★ D薬局	8	5
		Fドラッグストア	1	1
2	B病院	E薬局	3	3
3	C病院	（院内処方）	4	3
合計			16	12

No	医薬品名	薬効名	数量	調剤日	処方日数	重複服薬	長期服薬
1	ジャヌビア錠50mg	糖尿病用剤	2錠	5月7日	30		○
	パルモディア錠0.1mg	高脂血症用剤	2錠	5月7日	30		○
	ロスバスタチン錠2.5mg「トーワ」	高脂血症用剤	1錠	5月7日	30		○
	メトホルミン塩酸塩錠250mgMT「明治」	糖尿病用剤	6錠	5月7日	30		○
	レバミピド錠100mg「NP」	消化性潰瘍用剤	3錠	5月7日	30		○
	セファクロルカプセル250mg「サワイ」	抗生物質製剤	3ｶﾌﾟｾﾙ	5月7日	30		○
	● ロキソプロフェンNa錠60mg「日新」	解熱鎮痛消炎剤	3錠	5月7日	14	A	
	メコバラミン錠500「トーワ」	ビタミンB剤	3錠	5月7日	30		
	メチコバール錠500μg	ビタミンB剤	3錠	5月7日	30		
2	トリアゾラム錠0.25mg「日医工」	催眠鎮静剤，抗不安剤	3錠	4月28日	28	B	○
	アトルバスタチン錠10mg「NS」	高脂血症用剤	3錠	4月28日	28	C	○
	バルサルタン錠40mg「日新」	血圧降下剤	3錠	4月28日	28	D	○
3	ロキソプロフェンNa錠60mg「日新」	解熱鎮痛消炎剤	3錠	5月10日	28	A	
	アトルバスタチン錠10mg「NS」	高脂血症用剤	3錠	3月31日	90	C	○
	バルサルタン錠40mg「日新」	血圧降下剤	3錠	3月31日	90	D	○
	ゾルピデム酒石酸塩錠5mg「サワイ」	催眠鎮静剤，抗不安剤	3錠	3月31日	90	B	○

※1：表の「医薬品名」に●印がついているものは頓服のお薬です。また、「重複服薬」で同じアルファベットのものは同一成分または類似しているお薬です。
※2：この服薬情報はあなたに処方された過去4か月の医薬品について掲載していますが、医療機関・薬局の過去の請求データから集計しているため、実際に服用している薬剤と異なっている場合があります。
※3：薬剤数が多い場合には、本明細にすべての病院、薬局、薬剤が記載されていない場合があります。

資料１－②

「服薬情報のお知らせ」のご案内　(表面)

鹿児島県後期高齢者医療広域連合

＜被保険者の皆様へ＞

皆様には体調管理を図りつつ、ご自宅での療養に努めておられることと思います。

さて、今回お送りした**「服薬情報のお知らせ」**は、令和５年５月時点で**12種類以上の内服薬を28日以上服用されている方等**に**送付**しています。

複数の医療機関を受診されていることにより、お薬の飲み合わせで問題が生じる可能性があることから、今回送付した**「服薬情報のお知らせ」や同封の書類を次回受診時に持参**し、かかりつけ医や薬剤師にお見せください。

受診前に、医療機関に「服薬情報のお知らせ」が届いたことを伝えておくと相談を受けやすい可能性があります。

なお、治療を行う上で12種類以上の内服薬が必要な方もおられますので申し添えます。

＜医療機関関係者の皆様へ＞

謹啓　時下益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、当広域連合においては、被保険者（患者様）に「服薬情報のお知らせ」を送付する事業を昨年度に引き続き、実施することとなりましたので、医療機関の先生方にご協力を賜りますよう、よろしくお願いいたします。

今年度は、鹿児島県内に居住するに居住する方のうち、**①２つ以上の医療機関で内服を 12 種類以上**、又は**②２つ以上の医療機関でベンゾジアゼピン系製剤及び非ベンゾジアゼピン系製剤を長期処方(28日以上)されている75～84歳の方**を対象として、お知らせを**通知**します。

お知らせには、「かかりつけ医療機関または薬局に、この通知一式を持参し、お薬の内容を確認してもらってください。」と記載しており、今後、お知らせを持参し相談があることが予想されます。

ご多忙な中で大変恐縮ですが、相談があった際は、重複服薬等の処方内容の確認をしていただき、可能な範囲で、より適切な服薬管理・服薬指導についてご助言方をお願い申しあげます。

なお、裏面にお知らせの見方について説明を記載しておりますので、ご参照ください。

『服薬情報のお知らせ』の見方

(裏面)

服薬情報のお知らせ

Sample 様
被保険者番号 99999999

2023年5月時点の情報で通知書を作成しております。

既に、かかりつけ薬剤師をお持ちの場合は、本明細をかかりつけ薬剤師(下記の★)へお渡しください。

No	医療機関	薬局名	薬剤種類	長期服薬
1	Aクリニック	★ D薬局	8	5
		Fドラッグストア	1	1
2	B病院	E薬局	3	3
3	C病院	(院内処方)	4	3

受診された医療機関とお薬を処方した薬局を記載しています。
お薬が医療機関から処方された場合は、薬局名欄に「院内処方」と記載されます。

12

No	医薬品名	薬効名	数量	調剤日	処方日数	重複服薬	長期服薬
1	ジャヌビア錠50mg	糖尿病用剤	2錠	5月7日	30		○
	パルモディア錠0.1mg	高脂血症用剤	2錠	5月7日	30		○
	ロスバスタチン錠2.5mg「トーワ」	高脂血症用剤	1錠	5月7日	30		○
	メトホルミン塩酸塩錠250mgMT「明治」	糖尿病用剤	6錠	5月7日	30		○
	レバミピド錠100mg「NP」	消化性潰瘍用剤	3錠	5月7日	30		○
	セファクロルカプセル250mg「サワイ」	抗生物質製剤	3ｶﾌﾟｾﾙ	5月7日	30		○
	● ロキソプロフェンNa錠60mg「日新」	解熱鎮痛消炎剤	3錠	5月7日	14	A	
	メコバラミン錠500「トーワ」	ビタミンB剤	3錠	5月7日	30		
	メチコバール錠500μg	ビタミンB剤	3錠	5月7日	30		
2	トリアゾラム錠0.25mg「日医工」	催眠鎮静剤, 抗不安剤	3錠	4月28日	28	B	○
	アトルバスタチン錠10mg「NS」	高脂血症用剤	3錠	4月28日	28	C	○
	バルサルタン錠40mg「日新」	血圧降下剤	3錠	4月28日	28	D	○
3	ロキソプロフェンNa錠60mg「日新」	解熱鎮痛消炎剤	3錠	5月10日	28	A	
	アトルバスタチン錠10mg「NS」	高脂血症用剤	3錠	3月31日	90	C	○
	バルサルタン錠40mg「日新」	血圧降下剤	3錠	3月31日	90	D	○
	ゾルピデム酒石酸塩錠5mg「サワイ」	催眠鎮静剤, 抗不安剤	3錠	3月31日	90	B	○

処方されたお薬の名称・処方された日付などのお薬の情報を、医療機関・薬局ごとに記載しています。
No欄の番号は、上部記載の受診した医療機関・薬局のNo欄の番号と対になっています。

同一成分のお薬、または類似薬を同じアルファベットで示しています。

※1：表の「医薬品名」に●印がついているものは頓服のお薬です。また、「重複服薬」で同じアルファベットのものは同一成分または類似しているお薬です。
※2：この服薬情報はあなたに処方された過去4か月の医薬品について掲載していますが、医療機関・薬局の過去の請求データから集計しているため、実際に服用している薬剤と異なっている場合があります。
※3：薬剤数が多い場合には、本明細にすべての病院、薬局、薬剤が記載されていない場合があります。

資料２

窓あき部分に配置

〒999-9999

鹿児島県●●●●市●●●●町●●●●●９９９９９

●●●●●●ビル９９９９９９９９９９９９９９９

医療法人●●会　●●●クリニック　御中

服薬支援対象者への相談対応について（依頼）

謹啓、時下益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、鹿児島県後期高齢者医療広域連合では、県内にお住まいの被保険者様（患者様）に『服薬情報のお知らせ（以下「お知らせ」という。）』を通知する事業を行っております。

つきましては、かかりつけ医様及びかかりつけ歯科医様にご報告申し上げるとともにご協力を賜りたくお願い申し上げます。

この通知は、下記の基準に該当する患者様が通院されている医療機関様に発送しております。

お知らせには、「かかりつけ医療機関または薬局に、この通知一式を持参し、お薬の内容を確認してもらってください。」と記載しており、今後、患者様より先生方のもとに、お知らせを持参の上、相談されることが予想されますので、重複服薬等の処方内容の確認をしていただき、適宜、対応可能な範囲で患者様へのご助言等のご協力をお願いしたいと存じます。

つきましては、日常業務でお忙しいところ恐縮ですが、本事業の趣旨をご理解賜り、患者様へのご指導方、よろしくお願い申し上げます。

記

１　お知らせを通知する基準

下記条件で内服薬を長期処方(28日以上)されている75歳～84歳の方

①２つ以上の医療機関で12種類以上処方されている方

②２つ以上の医療機関でベンゾジアゼピン系製剤及び非ベンゾジアゼピン系製剤を処方されている方

２　お知らせの送付時期

令和５年10月２日予定

３　貴院に通院中の方で相談の可能性がある対象者数

〇名

お問合せ先
〒890-0064　鹿児島市鴨池新町７番４号　鹿児島県市町村自治会館２階
鹿児島県後期高齢者医療広域連合　保健事業班　　TEL 099-206-1329

対象者の方がこのような資料を持って相談に来られます

ooooo

（表面）

〒 999-9999
鹿児島県○○市○○町
1-23-456
Sample 様

本通知に関するお問い合わせ（サポートデスク）
※サポートデスクは、株式会社メディアラートに委託しています。
業務委託先：株式会社メディアラート
問い合わせ先：フリーダイヤル 0120-011-589
開設時間：10:00 ～ 17:00
（土・日・祝・年始年末を除く）
開設期間：令和５年12月末まで

このお知らせは、**2つ以上の医療機関で12種類以上のお薬**を処方されている方等にお送りしています。

かかりつけの医療機関 または 薬局に、この通知一式を持参し お薬の内容を確認してもらって ください。

確認する内容
- 薬の飲み合わせに問題ないか
- 同じ薬効のお薬を飲んでいないか
- 必要以上のお薬を飲んでいないか

持っていくもの
- お薬手帳
  （複数持っている場合は全て）
- 保険証
- この通知の同封物一式

２つ以上の医療機関で多くの数のお薬が処方されている場合に、同じ成分の薬が重なっていたり、薬同士の飲み合わせに問題が生じることがあります。それらを防ぐために、**かかりつけ医やかかりつけ薬局に、飲んでいる全ての薬を知ってもらい、調整が必要ないか等の相談をすることが大切です。**

服薬情報のお知らせ

（裏面）

Sample 様
被保険者番号 99999999

2023年５月時点の情報で通知書を作成しております。
既に、かかりつけ薬剤師をお持ちの場合は、本明細をかかりつけ薬剤師（下記の★）へお渡しください。

No	医療機関	薬局名	薬剤種類	長期服薬
1	Aクリニック	★ D薬局	8	5
		Fドラッグストア	1	1
2	B病院	E薬局	3	3
3	C病院	（院内処方）	4	3
合計			16	12

No	医薬品名	薬効名	数量	調剤日	処方日数	重複服薬	長期服薬
1	ジャヌビア錠50mg	糖尿病用剤	2錠	5月7日	30		○
	パルモディア錠0．1mg	高脂血症用剤	2錠	5月7日	30		○
	ロスバスタチン錠2．5mg「トーワ」	高脂血症用剤	1錠	5月7日	30		○
	メトホルミン塩酸塩錠250mgMT「明治」	糖尿病用剤	6錠	5月7日	30		○
	レバミピド錠100mg「NP」	消化性潰瘍用剤	3錠	5月7日	30		○
	セファクロルカプセル250mg「サワイ」	抗生物質製剤	3ｶﾌﾟｾﾙ	5月7日	30		○
	● ロキソプロフェンNa錠60mg「日新」	解熱鎮痛消炎剤	3錠	5月7日	14	A	
	メコバラミン錠500「トーワ」	ビタミンB剤	3錠	5月7日	30		
	メチコバール錠500μg	ビタミンB剤	3錠	5月7日	30		
2	トリアゾラム錠0．25mg「日医工」	催眠鎮静剤，抗不安剤	3錠	4月28日	28	B	○
	アトルバスタチン錠10mg「NS」	高脂血症用剤	3錠	4月28日	28	C	○
	バルサルタン錠40mg「日新」	血圧降下剤	3錠	4月28日	28	D	○
3	ロキソプロフェンNa錠60mg「日新」	解熱鎮痛消炎剤	3錠	5月10日	28	A	
	アトルバスタチン錠10mg「NS」	高脂血症用剤	3錠	3月31日	90	C	○
	バルサルタン錠40mg「日新」	血圧降下剤	3錠	3月31日	90	D	○
	ゾルピデム酒石酸塩錠5mg「サワイ」	催眠鎮静剤，抗不安剤	3錠	3月31日	90	B	○

※１：表の「医薬品名」に●印がついているものは頓服のお薬です。また、「重複服薬」で同じアルファベットのものは同一成分または類似しているお薬です。
※２：この服薬情報はあなたに処方された過去４か月の医薬品について掲載していますが、医療機関・薬局の過去の請求データから集計しているため、実際に服用している薬剤と異なっている場合があります。
※３：薬剤数が多い場合には、本明細にすべての病院、薬局、薬剤が記載されていない場合があります。

様式１

【通知番号　●00-000】

この通知をお受取りの皆様へ

この用紙はかかりつけ医又はかかりつけ薬局にお渡しください。

医療機関及び薬局の皆さまへ

大変お手数をおかけしますが、対象者から相談があった際のご対応状況を下記様式によりお知らせください。（相談当日のご対応が難しい場合は、令和6年1月までにご対応いただけますようご協力をお願いします。）

◆ 相談対応いただいた機関はどちらでしょうか　⇒　□ 医療機関　　□ 薬局

◆「服薬情報のお知らせ」を持参者へのご対応状況について（複数回答可）

⇒　□　服薬内容の調整が必要と考え、処方内容の調整を行った

（具体的には→　□　減薬調整を行った　　□　その他の調整を行った）

□　薬局で相談をするよう助言した（予定を含む）

➡この用紙を含む一式を持って、かかりつけ薬局に相談するようご指導ください。

□　薬局において医療機関との調整を行った（予定を含む）

□　現段階では服用内容の調整は必要なかった

□　その他の助言を行った

（具体的には→　　）

◆ 訪問による服薬状況確認等支援の要否について

⇒　□　訪問指導が必要

➡訪問について対象者の同意を確認してください。**（裏面へ）**

□　特に必要ない

➡下記※の医療機関等記載欄に記載いただき、広域連合へ FAX してください。

※【医療機関等（医療機関・薬局）記載欄】

FAX（広域連合）：099－206－1395

	相談を受けた医療機関・薬局
相談年月日	年　　月　　日
医療機関・薬局名	
電話番号	

（裏面）

医療機関又は薬局の皆さまへ

対象者の服薬状況や聞き取りにより、訪問による服薬状況や残薬等の確認支援等が必要と判断する場合は、下記の「適正服薬支援事業の訪問指導に係る同意書」の内容を対象者に説明していただき、同意が得られる場合は、日付の記載、署名をいただいてください。

署名後は、表面のみを広域連合へ FAX(099－206－1395)し、
電話(099－206－1329)で対象者についてご連絡ください。
また、この用紙については、後日、県薬剤師会又は広域連合へ提出して
いただきますが、提出方法については、お電話にてご案内いたします。

適正服薬支援事業の訪問指導に係る同意書

鹿児島県後期高齢者医療広域連合長　様

私は、下記の事項について同意します。

□ 「服薬情報のお知らせ」等の個人情報について、訪問指導を行う薬剤師及び市町村に提供すること。

□ 薬剤師や市町村訪問指導従事者が自宅を訪問すること。

令和　　年　　月　　日

署　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（※ご家族が希望される場合）

ご家族署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（本人との続柄：　　）

様式２―①

（主治医 ⟸ 薬剤師）

報告日:　　年　　月　　日

服薬情報提供書（トレーシングレポート）

先生　御侍史	保険薬局　名称・所在地
患者名: 生年月日:昭和　　年　　月　　日 （ 男　・　女 ）	電話番号: FAX 番号: 担当薬剤師名:
この情報を伝えることに対して患者の同意を　□得た　　□得ていない □患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われますので報告いたします。	

下記の通り、ご報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

内容

様式２―②

（主治医 ⟶ 薬剤師）

報告日:　　年　　月　　日

薬についての情報提供書（連絡書）

（　　）薬局 薬剤師（　　）先生	医療機関　名称・所在地
患者名: 生年月日:昭和　　年　　月　　日 （ 男 ・ 女 ）	電話番号: FAX 番号: 主治医名:

下記の通り、ご連絡いたしますので、服薬指導等をよろしくお願いします。

【連絡事項】

様式３

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