**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　・　[ ] 村　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（　　　　　　　　　　　　　　　　　）**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：　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)**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[ ] 特に問題ない　 [ ] 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[ ] 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：　 [ ] 無し　　 [ ] 有（薬剤名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **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 |

* 鹿児島県後期高齢者医療広域連合に送信する際には、個人情報がわからないよう削除する等の加工処理をして送信してください。

鹿児島県後期高齢者医療広域連合　FAX　　099-206-1395

　　　　　　　　　　　　　　　　E-mail gm-hokenjigyo@kagoshima-kouiki.jp