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 ・ 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

⇒ 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