様式４

令和２年度薬局在宅業務推進事業（静岡県委託事業）

**在宅訪問（実務）ファーストステップ研修**

**講師薬剤師の報告書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 報告者氏名  （講師薬剤師） | |  | | | 報告者所属薬局名 | | |  | | |
| 薬局での  勤務年数 | | 合計　　　　　　年 | | | 在宅の経験年数 | | | 合計　　　　　　年 | | |
| 受講者氏名 | |  | | | 受講者所属薬局名 | | |  | | |
| 訪問先市区町 | | 市　・　町　　　　　　　　　　区（政令市は区名まで記入してください。） | | | | | | | | |
| 実施日 | 月　　日（　　） | | | 患者  年齢 | 歳 | | 性別 | 男・女 | 介護度 |  |
| 講師薬剤師の指導・助言　実施内容 | | | | | | | | | | |
| □　契約書の取り交わし方　　　　　　　　　　　　□　担当のケアマネを確認する方法  　□　他のサービス内容の確認　　　　　　　　　　　□　医師やケアマネなど他職種との関わり方  　□　残薬の保管・整理の方法　　　　　　　　　　　□　服薬管理方法の提案  　□　服薬状況の確認と体調の変化の確認　　　　　　□　服薬内容の検討  　□　療養環境の把握　　　　　　　　　　　　　　　□　嚥下状態の確認  　□　麻薬の適正使用（適宜）　　　　　　　　　　　□　輸液の適正使用（適宜）  　□　計画書・報告書・薬歴の作成方法　　　　　　　□　公費医療負担等を利用する患者（生活保護等）  　□　算定要件の解釈 　□　一部負担金の受け渡し方法 | | | | | | | | | | |
| □　その他（ご記入ください） | | | | | | | | | | |
| 在宅訪問未経験又は経験の少ない薬剤師が在宅訪問を始めるにあたり、どのようなことが必要だと考えますか | | | | | |  | | | | |
| 在宅医療において、薬剤師にどのような役割が求められると思いますか | | | | | |  | | | | |
| 在宅医療を進めるうえで、今後どのような職種とどの様な連携が必要であると思いますか | | | | | |  | | | | |
| そのほかの意見（自由記載） | | |  | | | | | | | |

✻同行訪問終了後、速やかにご記入のうえ、静岡県薬剤師会事務局へご提出ください。

✻本アンケートは地域薬剤師会にフィードバックします。

提出先　静岡県薬剤師会　FAX０５４－２０３－２０２８　　最終締切　令和２年12月末日