

薬剤師が
行く！

「お薬出前講座」のご案内

(公社)静岡県薬剤師会では、県民の皆様が健康でより良い生活ができるよう、薬の正しい知識の普及、在宅医療の一員としての薬局の啓発、公衆衛生等に関係した講座を介護保険事業に従事している方を対象に実施しています。
薬剤師が直接地域の事業所にかがってお話し、皆さまの質問についてもお答えいたします。

★費用は一切かかりません。

お薬出前講座ラインナップ

- | | |
|------------------|------------|
| 1 薬の基礎知識 | 6 消毒と感染予防 |
| 2 疾患別薬の知識 | 7 がん疼痛緩和ケア |
| 3 薬の飲み方 | 8 認知症と治療薬 |
| 4 副作用・相互作用・その他 | 9 残薬への対応 |
| 5 在宅ケアにおける薬剤師の役割 | 10 便秘 |



平成19年度よりはじめて「お薬出前講座」活動は毎年50か所以上の事業所で開催し、好評をいただいております。

いずれの講座も30分程度です。ご都合に合わせてピックアップしてください。
調剤室をとびだし、地域に出ていく私たち薬剤師に、どんどんお声かけください。
少人数でもお気軽にどうぞ！！

★講師として近隣の薬局薬剤師がお伺いします。
開催日時の1ヶ月程度前までにはお申し込みください。

★時間帯によっては対応が難しい場合があります、調整させて頂くことがあります。
ご了承ください。

お申し込みは「お薬出前講座申込書」にてお願いします。
静岡県薬剤師会ホームページからダウンロード可能です。

静岡県薬剤師会HP
>TOP>お知らせ
>お薬出前講座



申込先・問合せ

公益社団法人 静岡県薬剤師会
TEL：054 (203) 2023 FAX：054 (203) 2028
E-mail：kenyaku@shizuyaku.or.jp

「お薬出前講座」申込書

区	分	※いずれかに印をお願いします <input type="checkbox"/> 一般県民向け <input type="checkbox"/> 介護事業者向け			
希 望 日	令和 年 月 日	時 間	時 分	～	時 分
開 催 場 所	所在地				
	名 称				
受 講 者 数	人くらい				
機 材	※あるものに印をお願いします <input type="checkbox"/> プロジェクター <input type="checkbox"/> スクリーン				

※講師が薬局勤務薬剤師のため、時間帯によっては対応が難しい場合があります、調整させて頂くことがあります。

希望する講座番号に印を付けてください。(※複数可)

【お薬出前講座Ⅰ：一般県民向け】

【お薬出前講座Ⅱ：介護事業者等向け】

番 号	講 座 名	番 号	講 座 名
<input type="checkbox"/> I-1	薬等の適正使用や病気の予防 薬の正しい使用方法（市販薬乱用防止を含む）・保管方法等、セルフメディケーション・健康づくり、いわゆる健康食品に関する注意喚起	<input type="checkbox"/> II-1	薬の基礎知識 医療用医薬品・一般用医薬品、主作用・副作用、薬が効く仕組み、吸収・代謝・排泄、内用薬・外用薬
<input type="checkbox"/> I-2	かかりつけ薬剤師・薬局 健康・介護等の相談機能、お薬手帳の活用、在宅対応・24時間対応、残薬に対する薬局の対応	<input type="checkbox"/> II-2	疾患別薬の知識 高血圧の薬、糖尿病の薬、脂質異常症の薬、睡眠薬・安定剤
<input type="checkbox"/> I-3	ジェネリック医薬品（後発医薬品）	<input type="checkbox"/> II-3	薬の飲み方 服用時間、飲み忘れた対処法、飲み忘れ飲み間違い防止の工夫、保管方法、外用薬の使い方
<input type="checkbox"/> I-4	薬物乱用防止（大麻、危険ドラッグ等）	<input type="checkbox"/> II-4	副作用・相互作用・その他 副作用について、服薬後の体調変化、のみあわせ（相互作用）について、お薬手帳
<input type="checkbox"/> I-5	災害等への備え	<input type="checkbox"/> II-5	在宅ケアにおける薬剤師の役割 在宅支援の時代背景、服薬支援とは、服薬支援事例、お薬出前講座について
<input type="checkbox"/> I-6	感染症対策 手洗いの方法、消毒薬の使用方法等	<input type="checkbox"/> II-6	消毒と感染予防 消毒とは？感染予防、消毒方法、ノロウイルス対策、インフルエンザ対策
<input type="checkbox"/> その他	※上記以外のご希望があれば記載してください。	<input type="checkbox"/> II-7	がん疼痛緩和ケア 痛み止めの偏見、使い分け他
		<input type="checkbox"/> II-8	認知症と治療薬
		<input type="checkbox"/> II-9	残薬への対応
		<input type="checkbox"/> II-10	便秘

上記のとおり申し込みます。

申 込 日	令和 年 月 日	申 込 者	
団 体 名		住 所	
電 話		F A X	

【申込先・問合せ先】公益社団法人静岡県薬剤師会

E-mail : kenyaku@shizuyaku.or.jp TEL : 054 (203) 2023 FAX : 054 (203) 2028