書式4

**薬剤師訪問 実施報告書**

横浜南共済病院　　　　　　　　　科

　　　　　　　　　　　　　　　　　　先生

【患者様情報】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 |  | 男・女 | 生年月日 | 年　　月　　日  　（　　　歳） |
| 住　　所 |  | | 電話番号 |  |

【薬剤師による服薬指導・患者生活状況確認内容等】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 訪問日 |  | | 訪問薬剤師氏名 | |  |
| 服用薬剤 |  | | | | |
| ※確認した項目にチェック | | | | | |
| □1.服薬状況  　　　□良好　□不良  □2.嚥下機能の状況  □3.管理・保管状況  □4.残薬  □5.副作用  □6.薬効説明  □7.効果  □8.理解度 | | □9.他科受診  （　　　　　　　　　　　　　）  □10.併用薬  □11.健康食品・サプリメント  □12.相互作用  □13.ADL  □14.QOL  □15.食欲  □16.食事量・回数 | | □17.排泄  □18.睡眠  □19.ふらつき、転倒  □20.認知症  □21.糖尿病  □22.痛み  □23.うつ  □24.その他（　　　　　　　　　　　 ） | |
| ※訪問時に実施した具体的内容（チェック項目の詳細等） | | | | | |
| 特記事項（依頼事項等） | | | | | |

上記のとおり、訪問薬剤管理指導の実施について報告いたします。

　　　年　　　月　　　日

薬 局 名： TEL・FAX:

薬局住所： 担当薬剤師名：