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：