

薬剤師 の おためし訪問

を利用してみませんか??

事業実施期間：平成29年7月～平成30年2月



薬の管理が
できない



薬が
余っている



飲み忘れて
しまう



飲んで
くれない



でも薬局に
いけない

お薬の管理などお困りの患者さまがいらっしゃいましたら、
お薬の袋に記載の薬剤師・薬局にご紹介下さい



- ・ 本事業の詳細につきましては裏面のフローチャートをご覧ください。
- ・ 本事業の実施期間は平成29年7月～平成30年2月です。
- ・ 本事業による訪問は、医療保険・介護保険の枠外で実施しますので、訪問に関する患者様の自己負担はありません



一般
社団法人

青森県薬剤師会

〒030-0961
青森市浪打一丁目16番17号
電話：017-742-8821 Fax：743-4452
<http://www.aoyaku.or.jp/index.html>

「薬剤師のおためし訪問」事業フローチャート

- **すでに薬剤師が訪問を実施している患者さまは、本事業の対象外となりますのでご了承ください。**
※対象患者さまの紹介方法は、下記の①②のどちらでも可
①在宅医療関係者より薬局あて対象患者紹介 ②薬局から対象患者の紹介を在宅医療関係者へ依頼
- 薬剤師・薬局による「おためし訪問」の実施期間は平成29年7月～**平成30年2月**です。
- 本事業で使用する様式などは**薬局(薬剤師)より入手していただくか、青森県薬剤師会ホームページ**にも掲載いたします。

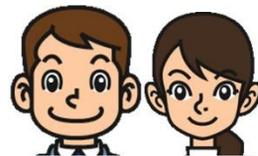
事業実施前の 事前準備



対象患者

「薬剤師のおためし訪問」を提案説明

薬剤師が訪問する事への同意
(同意書(様式1-2)への記名押印)



ケアマネジャー・訪問看護師等

2

訪問前に、患者宅へ訪問する旨を電話で連絡した後、「様式3「薬剤師のおためし訪問」に関する連絡票」をFAXする。

5

患者宅を訪問した都度「様式4「薬剤師のおためし訪問」実施報告書を作成・提出する。

1

「様式1-1「薬剤師のおためし訪問」実施依頼書」
「様式1-2「薬剤師のおためし訪問」実施同意書」(コピー)を提出する(様式1-2は薬局でコピーし原本は返却)

6

訪問終了後、紹介者(訪問看護師・ケアマネジャー等)は「様式6「薬剤師のおためし訪問」実施評価表」を提出する

5

患者宅を訪問した都度「様式4「薬剤師のおためし訪問」実施報告書を作成・提出する。

4

個人情報を利用することの同意。
(様式2「薬剤師のおためし訪問」に関する同意書への記名・押印)

3

薬局(薬剤師)と紹介者(訪問看護師・ケアマネジャー等)が連携して訪問・説明(同意書等)・患者支援を実施する
※可能な限り、訪問看護師・ケアマネジャー等が同行し訪問することが望ましい

訪問の都度、個人情報を番号化し、様式4を提出する
事業終了後、様式5及び6を提出する

1' 様式1-1で、訪問の可否を連絡する



主治医

可能であれば主治医に連絡。承諾をもらう



ケアマネジャー
訪問看護師等

上記「訪問前の事前準備」



対象患者

訪問看護師・ケアマネジャー等と薬局・薬剤師との連携に際しての、相談窓口(連絡先・担当者)を設置します。

地域薬剤師会及び県薬支部

個人情報を番号化し、報告書を提出する。

青森県薬剤師会