平成 28 年９年１日

保険薬局　各位

公益社団法人静岡県薬剤師会
地域医療部

在宅訪問に関するアンケート調査について（依頼）

平素より薬剤師会の活動にご理解ご協力をいただきありがとうございます。
標題の件について、本会地域医療部では、地域医療連携に関する情報の収集および提供のあり方を検討しており、今後の事業の参考にいたしたく、薬局における在宅業務の実施状況を把握するため標記アンケート調査を実施することといたしました。
つきましては、平成 28 年 10 月３日（月）までに県薬事務局あて、ファクシミリ（FAX 番号 054-203-2028）にて、ご回報くださいますようお願い申し上げます。

所属地域薬剤師会名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

下記に〇又はご記入お願いします。

１　訪問薬剤（居宅療養）管理指導の実績について

①　実績がある。　はい　→　現在実施している。（直近１か月間の実績＿＿＿＿＿件）
過去実施したことがある。
いいえ　→　今後実施したい。
実施する予定はない。

２　届け出(許可)状況について
①　生活保護法等指定介護機関の届け出をしている。　はい　・　いいえ
（みなし指定されている場合あり）
②　麻薬小売業者の許可を受けている。　はい　・　いいえ

３　薬局の体制
①　24 時間対応ができる。　はい　→　電話及び訪問　・　電話のみ
いいえ

４　その他、ご意見等ありましたらお書きください。

アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました