

在宅訪問（実務）ファーストステップ研修受講申込書

□本事業により知り得た患者の個人情報について、漏らさないことに同意し申込みます。
 （□にチェックを入れて申込んでください。）

令和 年 月 日

氏 名		薬局名	
薬局所在地	〒 -		
薬局 TEL・FAX	TEL		FAX
連絡先 TEL	TEL		
在宅訪問の経 験	該当する箇所に○をつけてください。 ・ 未経験 ・ 過去 2 年以上経験がない ・ 経験回数が少ない（ 回）		
同行訪問が可能な曜日	記入例 ● 曜日の午後希望		
希望する指導内容	<input type="checkbox"/> 契約書の取り交わし方 <input type="checkbox"/> 担当のケアマネを確認する方法 <input type="checkbox"/> 他のサービス内容の確認 <input type="checkbox"/> 医師やケアマネなど他職種との関わり方 <input type="checkbox"/> 残薬の保管・整理の方法 <input type="checkbox"/> 服薬管理方法の提案 <input type="checkbox"/> 服薬状況の確認と体調の変化の確認 <input type="checkbox"/> 服薬内容の検討 <input type="checkbox"/> 療養環境の把握 <input type="checkbox"/> 嚥下状態の確認 <input type="checkbox"/> 麻薬の適正使用（適宜） <input type="checkbox"/> 輸液の適正使用（適宜） <input type="checkbox"/> 計画書・報告書・薬歴の作成方法 <input type="checkbox"/> 公費医療負担等を利用する患者（生活保護等） <input type="checkbox"/> 算定要件の解釈 <input type="checkbox"/> 一部負担金の受け渡し方法 <input type="checkbox"/> その他 （ ）		

【地域薬剤師会記入欄】

講 師		実施予定月	
勤務先			
備 考			

送信先 静岡県薬剤師会 FAX054-203-2028

申込期間 令和 2 年 7 月～10 月 31 日（日）（随時受付）