

令和 2 年度薬局在宅業務推進事業（静岡県委託事業）  
**在宅訪問（実務）ファーストステップ研修**  
**講師薬剤師の報告書**

報告者氏名 (講師薬剤師)		報告者所属薬局名					
薬局での 勤務年数		合計 _____ 年	在宅の経験年数			合計 _____ 年	
受講者氏名		受講者所属薬局名					
訪問先市区町		_____市・町 _____区 (政令市は区名まで記入してください。)					
実施日	月 日 ( )	患者 年齢	歳	性別	男・女	介護度	
講師薬剤師の指導・助言 実施内容							
<input type="checkbox"/> 契約書の取り交わし方 <input type="checkbox"/> 他のサービス内容の確認 <input type="checkbox"/> 残薬の保管・整理の方法 <input type="checkbox"/> 服薬状況の確認と体調の変化の確認 <input type="checkbox"/> 療養環境の把握 <input type="checkbox"/> 麻薬の適正使用 (適宜) <input type="checkbox"/> 計画書・報告書・薬歴の作成方法 <input type="checkbox"/> 算定要件の解釈 <input type="checkbox"/> 担当のケアマネを確認する方法 <input type="checkbox"/> 医師やケアマネなど他職種との関わり方 <input type="checkbox"/> 服薬管理方法の提案 <input type="checkbox"/> 服薬内容の検討 <input type="checkbox"/> 嚥下状態の確認 <input type="checkbox"/> 輸液の適正使用 (適宜) <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"/> 一部負担金の受け渡し方法							
<input type="checkbox"/> その他 (ご記入ください)							
在宅訪問未経験又は経験の少ない薬剤師が 在宅訪問を始めるにあたり、どのようなこと が必要だと考えますか							
在宅医療において、薬剤師にどのような役割 が求められると思いますか							
在宅医療を進めるうえで、今後どのような職 種とどの様な連携が必要であると思いま すか							
そのほかの意見 (自由記載)							

\*同行訪問終了後、速やかにご記入のうえ、静岡県薬剤師会事務局へご提出ください。

\*本アンケートは地域薬剤師会にフィードバックします。