

医師への報告書（例１）

訪問薬剤管理指導・報告書

医療機関名 ○○病院

担当医師名 先生侍史

氏 名		男 女	年 月 日生 (歳)
訪問回数	2 週間毎 1 週間毎 1 ヶ月毎 その他 () 水 ・金曜日訪問		
服薬管理者	本人・家族・ヘルパー・その他 ()		
管理方法	お薬カレンダー・配薬 BOX・薬袋・その他		
調剤形態	完全分包：別包あり・なし・散剤：ヒート・分包 粉砕		
併用薬			
特記事項			

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

〇〇市〇〇-〇〇-〇〇

〇〇薬局

拜 印

主治医	氏名 所属	電話 FAX	介護度	自立/介護予防サービス有/要支援1・2/要介護1・2・3・4・5
			訪問の目標	
ケアマネジャー	氏名 所属	電話 FAX	目標達成のためにやるべきこと	

[illegible]

説明対象者	本人・家族（ ）・その他（ヘルパー・施設職員・ ）				
薬効説明	全・重点		他科受診	無・有	
理 解 度	良・不良		併用薬品	無・有	
管理/保管状況	良・不良		副・相互作用	無・疑有	
効 果	良・不良		健食・嗜好	無・有	
患者主訴			考察・薬学的管理指導・説明のポイント		

食 事	排 泄
食欲(有・無)、量(少・中・多)、回数(回/日)	尿回数(昼: 回、夜: 回)
味覚(良好・悪い)	便通 (快便・便秘・下痢)
嚥下障害(むせこみ) (有・無)	発汗 (多・少・普通)
薬SE影響(無・疑有)	薬SE影響(無・疑有)

次回訪問 予定日	次回への申し送り事項および計画
-------------	-----------------

患者への在宅患者訪問薬剤管理指導の説明（例）

〇〇薬局からのお知らせ

様

ご自宅にお薬の説明に伺います

在宅療養中の方については、ご家族の方に薬局にてお薬をお渡しするだけでは、薬の効き目や服用上の注意点などを、ご本人に十分に説明できないことがあります。

そこで、患者さんのご自宅を訪問し、お薬の説明、薬の保管方法、残薬の確認、服薬方法の検討、副作用の確認、他の病院から処方されている薬の飲み合わせの確認等をさせていただきたいと考えております。また、医療材料やおむつなどの介護用品についてのご相談もお受けいたします。

ご希望がありましたら、ぜひお申し出下さい。

☆費用について

お薬にかかる費用とは別に、在宅患者訪問薬剤管理指導料をいただいています。

医療保険の負担割合に応じて異なります。

1割負担の方	単一建物患者が1人	650円／回（月4回まで）
	単一建物患者が2～9人	320円／回（月4回まで）
	単一建物患者が10人以上	290円／回（月4回まで）
	在宅患者オンライン薬剤師管理指導料	59円／回（月4回まで）
2割負担の方	単一建物患者が1人	1,300円／回（月4回まで）
	単一建物患者が2～9人	640円／回（月4回まで）
	単一建物患者が10人以上	580円／回（月4回まで）
	在宅患者オンライン薬剤師管理指導料	118円／回（月4回まで）
3割負担の方	単一建物患者が1人	1,950円／回（月4回まで）
	単一建物患者が2～9人	960円／回（月4回まで）
	単一建物患者が10人以上	870円／回（月4回まで）
	在宅患者オンライン薬剤師管理指導料	177円／回（月4回まで）

※詳しい内容、その他、ご不明な点がございましたら、ご相談下さい。

年 月 日

〇〇薬局

電話番号：〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

居宅療養管理指導サービス後の領収書（例）

居宅療養管理指導 領収書

年 月 日

様

¥

月分（ 日）として領収致しました

〇〇薬局

訪問薬剤管理指導依頼書・情報提供書（例）

依頼年月日 年 月 日

薬局 殿	
医療機関名	
住所	
電話	
Fax	
医師名 _____ 印	
患者	氏名 _____ 様 性別（男・女）
	生年月日 _____ 年 月 日
	住所
	TEL
	介護度： 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 ケアマネジャー：
疾患名	
既往歴・経過	
使用薬剤	
訪問により 期待すること	☐ 服薬状況の確認 ☐ 服薬指導 ☐ 薬剤管理状況の確認 ☐ 調剤方法の検討 ☐ 介護者の負担軽減 ☐ 副作用のチェック ☐ 服薬によるADLへの影響 ☐ 生活状況の把握 ☐ その他（ _____ ）
服薬に あたっての情報	☐ 運動機能障害 ☐ 寝たきり患者 ☐ 嚥下障害 ☐ 失語症 ☐ 視覚障害 ☐ 聴覚障害 ☐ 認知症患者 ☐ その他（ _____ ）
特別な医療	☐ 経管栄養 ☐ 疼痛の管理 ☐ 褥瘡の処置 ☐ ストーマの処置 ☐ カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル等） ☐ 点滴の管理 ☐ 中心静脈栄養 ☐ その他（ _____ ）

服薬情報提供書 兼 訪問要否意見書

(薬剤師→処方医→薬剤師)

医療機関名

担当医師名

先生 御侍史

所在地

薬局名

TEL・FAX

保険薬剤師名

印

報告日

年

月

日

患者氏名		男・女	年 月 日生(歳)
患者住所		T E L	

薬剤師からの情報等	医師からのご意見・回答等
以上、患者の服薬状況等について報告いたします。 継続的な訪問薬剤管理指導が必要と思われるので、ご検討ください。	継続的な訪問薬剤管理指導が ☐ 必要と認める (次回受診日までに別紙様式 11 による診療情報提供書および処方箋又は処方箋の写しを上記薬局まで送付またはFAXをお願いいたします。) ☐ 不要 年 月 日 医師名 印

※お手数ですが、右上の回答欄へのご記入をお願いいたします。

※訪問が必要と認められる場合は、次回より処方箋の備考欄に「要訪問」の記載をお願いいたします。

公益社団法人福岡県薬剤師会作成

訪問薬剤管理指導報告書

(薬剤師→処方医→薬剤師)

医療機関名

担当医師名

先生 御侍史

所在地

薬局名

TEL・FAX

保険薬剤師名

⑨

患者氏名		男・女	年 月 日生 (歳)
患者住所		T E L	

担当薬剤師からの情報・相談・依頼・質問等	担当医からのご意見・回答等

- # 1 処方薬剤の服薬状況（コンプライアンス）に関する情報
- # 2 使用薬剤（OTC 医薬品も含む）に関する情報 （必要な場合には処方箋の写しを添付）
- # 3 患者の訴え（アレルギー、副作用、その他の症状）に関する情報
- # 4 患者家族・介護者等からの患者に関する情報
- # 5 ～その他 特記すべき情報

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

訪問薬剤指導記録簿（例１）

初回作成日： 年 月 日

〇〇薬局

利用 者 名		生年月日	年 月 日	性別	男・女
		住所	緊急連絡先 ()		
主介護者 関係 ()		住所			
		電話		薬剤管理支援 有・無	
介護度		介護保険者番号		被保険者番号	
難病 他		医療保険者番号		被保険者番号	
病院名			担当医		
居宅支援事業所			担当ケアマネ		
身体状況	視力低下・聴力低下・麻痺あり ()・認知低下・精神疾患あり・意思疎通可・不可				
介護状況	独居・家族同居（高齢者・Ⅱ世帯） ・家族の介護力（良・不良・過重）				
日常生活自立度	障害度	自立・Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ・Ⅵ・Ⅶ・Ⅷ・Ⅸ・Ⅹ・Ⅺ・Ⅻ・Ⅼ・Ⅽ・Ⅾ・Ⅿ・ⅰ・ⅱ・ⅲ・ⅴ・ⅵ・ⅶ・ⅷ・ⅸ・ⅹ・ⅺ・ⅻ・ⅼ・ⅽ・ⅾ・ⅿ・ⅿⅰ・ⅿⅱ・ⅿⅲ・ⅿⅴ・ⅿⅵ・ⅿⅶ・ⅿⅷ・ⅿⅸ・ⅿⅹ・ⅿⅺ・ⅿⅻ・ⅿⅼ・ⅿⅽ・ⅿⅾ・ⅿⅿ			
	認知度	自立・Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ・Ⅵ・Ⅶ・Ⅷ・Ⅸ・Ⅹ・Ⅺ・Ⅻ・Ⅼ・Ⅽ・Ⅾ・Ⅿ・ⅰ・ⅱ・ⅲ・ⅴ・ⅵ・ⅶ・ⅷ・ⅸ・ⅹ・ⅺ・ⅻ・ⅼ・ⅽ・ⅾ・ⅿ・ⅿⅰ・ⅿⅱ・ⅿⅲ・ⅿⅴ・ⅿⅵ・ⅿⅶ・ⅿⅷ・ⅿⅸ・ⅿⅹ・ⅿⅺ・ⅿⅻ・ⅿⅼ・ⅿⅽ・ⅿⅾ・ⅿⅿ			
その他のサービス利用状況	訪問介護				
	訪問看護				
	その他	通院時介助（あり・なし）			
初回訪問までの経緯					
初回訪問の状況					
訪問の目的					
注意事項（処方箋の流れ上の注意を含む）			訪問前の TEL（必要・不要）		
訪問開始時処方・他科受診・併用薬 及び主な処方変更					
訪問頻度	回（週・月）	曜	希望時間	午前・午後	時頃

生活 パ タ ー ン と 服 薬 状 況	食事の回数 飲み込み 生活パターン 薬の取り扱い 特記すべき事項 回（朝 昼 夜） 錠剤（可・不可・小さいものなら） 散剤（可・不可） 胃ろう 起床 時 夕食 時 就寝 時 歯の状況（入れ歯 有り 無し） 問題点（ ）
薬 の 管 理 方 法 と 訪 問 時 作 業	カレンダー ・ 配薬 BOX ・（ ） 薬剤への依存感情（強い・弱い・特別な薬のみ ） 保管場所： 作業内容
医療材料及び用品館との連携	
調剤方法の注意点	

駐車位置・地図・その他

主治医	氏名 所属	電話 FAX	介護度	自立/介護予防サービス有/要支援1・2/要介護1・2・3・4・5
			訪問の目標	
ケアマネジャー	氏名 所属	電話 FAX	目標達成のためにやるべきこと	

[illegible]

説明対象者	本人・家族（ ）・その他（ヘルパー・施設職員・ ）				
薬効説明	全・重点		他科受診	無・有	
理解度	良・不良		併用薬品	無・有	
管理/保管状況	良・不良		副・相互作用	無・疑有	
効果	良・不良		健食・嗜好	無・有	
患者主訴			考察・薬学的管理指導・説明のポイント		

食 事	排 泄
食欲(有・無)、量(少・中・多)、回数(回/日)	尿回数(昼: 回、夜: 回)
味覚(良好・悪い)	便通 (快便・便秘・下痢)
嚥下障害(むせこみ) (有・無)	発汗 (多・少・普通)
薬SE影響(無・疑有)	薬SE影響(無・疑有)

睡眠		運動	
日中の睡眠 有（ 時間）・無	夜間睡眠（ 時間） 良・不眠傾向あり	脱力感、ふらつき、転倒（ 無 ・ 有 ・ 強 ）	
眠剤（就寝前の安定剤）がある場合		不随意運動（ 無 ・ 有 ・ 強 ）	
【不眠の種類】 ・ A入眠困難・B中途覚醒 ・ C早朝覚醒・D熟眠障害・混合型（A・B・C・D）		薬SE影響（無・疑有）	
眠剤服用： 時、入床 時	眠剤の効果判定・適合・副作用など	ADL、QOL	
服用後の環境（TVや電気）		認知症、うつ、閉じこもり	
薬SE影響（無・疑有）		薬によるADL,QOLへの影響 上記項目に関連する特記事項	

次回訪問 予定日	次回への申し送り事項および計画
-------------	-----------------

薬学的管理指導計画書（例１）

年 月 日作成

作成者 ○○薬局 薬剤師氏名：

年 月分	患者氏名	年 月 日生（ 歳）
訪問回数	2 週間毎 ○曜日訪問	1 週間毎 1 ヶ月毎 その他（ ）
医師からの情報	(診断名) (既往歴)	
患者の心身の特性		

注目すべき点 問題・課題など	(管理方法・副作用・ADL への影響・相互作用等)
-------------------	---------------------------

今月行った主な指導内容(確認項目・指導項目)
計画に加味すべき追加・変更項目⇒次回に反映させる。