



岩手県薬剤師会事務局 行き
FAX 019-653-2273

回答期限:令和6年3月8日(金)

服薬相談についてのアンケート

通知書を持参された方への貴薬局における対応結果等について、該当項目全てにチェック☑及び記載願います。

<p>通知書通し番号</p> <p>(通知書の宛名左側のお知らせ作成日の下部に記載の【#で終わる5桁の数字】を記載してください。)</p>	<p>あなたの健康に関する大切なお知らせです</p> <p>重要</p> <p>今すぐ内容をご覧ください</p> <p>お知らせ作成日 2024年 3月8日</p> <p>00001#</p> 	<p>こちらのフォームからも回答いただけます。</p>  <p>https://forms.gle/opGKzmQKeGD2VLLe6</p>	
<p>対応日</p>	<p>令和 年 月 日</p>	<p>対応者名</p>	
<p>対応薬局名</p>			<p>所在する市町村名</p>
<p>お薬手帳について</p>	<p><input type="checkbox"/>1.持参(1冊) <input type="checkbox"/>2.持参(複数) <input type="checkbox"/>3.再発行 <input type="checkbox"/>4.持ってこなかった</p> <p><input type="checkbox"/>5.その他()</p>		
<p>通知書記載項目のうち対応したもの</p>	<p><input type="checkbox"/>1.傷病名・検査値 <input type="checkbox"/>2.併用禁忌 <input type="checkbox"/>3.同一成分 <input type="checkbox"/>4.同種同効</p> <p><input type="checkbox"/>5.長期処方 <input type="checkbox"/>6.多剤</p>		
<p>加入者様の意向</p>	<p><input type="checkbox"/>1.減薬・処方の見直しを希望している。 <input type="checkbox"/>2.現在のまま継続服用を希望している。</p> <p><input type="checkbox"/>3.その他()</p>		
<p>対応内容</p> <p>(右記 4～9にチェックされた場合は、下欄【対応結果】にもお答え願います。)</p>	<p><input type="checkbox"/>1.通知書の記載内容を踏まえ、現在の服薬状況を確認し、対応の必要なしと判断した。</p> <p><input type="checkbox"/>2.患者が服用(使用)継続を希望されたことから、対応の必要なしと判断した。</p> <p><input type="checkbox"/>3.通知書に自薬局で把握していない処方薬があり、薬歴に追記した。</p> <p><input type="checkbox"/>4.残薬の確認を行った。 <input type="checkbox"/>7.患者の同意を得て、医療機関へ情報提供した。</p> <p><input type="checkbox"/>5.副作用の確認を行った。 <input type="checkbox"/>8.処方提案を行った。</p> <p><input type="checkbox"/>6.医療機関への受診・相談を促した。 <input type="checkbox"/>9.疑義照会を行った。</p>		
<p>対応結果</p>	<p><input type="checkbox"/>1.医療機関に受診・相談した。</p> <p><input type="checkbox"/>2.処方に変更となった。(変更内容について、該当する下記の項目全てにチェック☑願います。)</p> <p><input type="checkbox"/>薬剤数の減少 <input type="checkbox"/>用量の減量 <input type="checkbox"/>処方日数の減少 <input type="checkbox"/>用法の変更</p> <p><input type="checkbox"/>剤形の変更 <input type="checkbox"/>調剤方法の変更 <input type="checkbox"/>その他()</p> <p><input type="checkbox"/>3.処方変更なし(理由:)</p>		
<p>患者宅の訪問について(対応時のみ)</p>	<p><input type="checkbox"/>1.患者宅を訪問する約束を行った</p> <p><input type="checkbox"/>2.患者宅を訪問した(報酬算定あり)</p> <p><input type="checkbox"/>3.患者宅を訪問した(報酬算定なし)</p>	<p>訪問(予定)日</p> <p>(対応時のみ)</p>	<p>月 日</p>

ご協力いただきありがとうございました。

※この用紙はかかりつけの薬局・薬剤師にお渡しください。

こちらのアンケートは後期高齢者医療制度の加入者の皆様が、お薬に関する相談を行っていただく際に、適切な対応を行っていただくために同封しております。薬局・薬剤師にご相談の際は、「届いた封筒と書類一式」と「お薬手帳」をお渡しいただきますようお願いいたします。

本通知を持参した加入者様にご対応いただく薬剤師の皆様へ

時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素は岩手県後期高齢者医療広域連合の保険事業運営に格別なるご理解を賜り、厚くお礼申し上げます。当広域連合では、多剤・重複服薬に加え、飲み合わせで確認が必要な方へ本通知を送付し、医師・薬剤師にご相談いただく事業を実施しております。つきましては、加入者様が本通知を持参された際には、下記をご覧ください、対応を行っていただきますとともに、対応いただいた場合には、裏面「服薬相談についてのアンケート」に必要事項を記載のうえ、岩手県薬剤師会事務局にFAX送信または二次元コード、URLより回答フォームに入力いただきますようお願い申し上げます。

【後期高齢者医療制度の加入者様が来局された際のご対応のお願い】

- 1 加入者様が「服薬情報のお知らせ」を持参された場合は、「服薬情報のお知らせ」に令和5年8月の服薬内容や確認が必要な薬品名が記載されていますので、現状を踏まえて、必要な指導を行う等、適宜対応願います。
- 2 対応する中で、加入者様宅への訪問が必要と判断された場合には、加入者様の同意を得たうえで、在宅訪問について検討(医師への提案を含む)するなど、課題解決に向けた取り組みをお願いいたします。
- 3 加入者様に対応した結果について、裏面の「服薬相談についてのアンケート」を、岩手県薬剤師会事務局にFAX送信または二次元コード、URLより回答フォームに入力をお願いいたします。
※加入者様に対応した都度、随時、アンケートのFAX送信、回答フォームへ入力をお願いします。報告期限は、令和6年3月8日(金)となります。
※加入者様へ送付した通知書に本アンケート用紙を同封しておりますが、当広域連合のHPからもアンケート用紙をダウンロードすることができます。