

那珂市介護支援専門員・薬剤師連携事業

<服薬管理スクリーニング結果>

ケアマネ ⇒ 薬剤師

利用者：	性別：	年齢：
●住まい方： <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 夫婦 <input type="checkbox"/> 兄弟 <input type="checkbox"/> 子供世代同居 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他（ ） ●要介護度： <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 ●認知症自立度： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M ●薬の管理者： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 本人と家族 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
1	残薬がある	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 または判断できない
2	薬に関する次の問題がある	<input type="checkbox"/> 飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み間違い <input type="checkbox"/> 飲みにくさ <input type="checkbox"/> 理解不足 または感じられる（複数回答可） <input type="checkbox"/> 不安・疑問 <input type="checkbox"/> その他（自由記載へ） <input type="checkbox"/> 該当なし
3	複数の医療機関を受診している	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明
4	複数の薬局から調剤を受けている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明
5	6種類以上の内服薬を飲んでいる	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明
6	市販薬やサプリメント等を服用している	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明
その他気になること（自由記載）		

<服薬管理アセスメントシート>

薬剤師 ⇒ ケアマネ

●アセスメントのためのアプローチ方法（複数可）： <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 来局時 <input type="checkbox"/> その他（ ） ●聞き取りした対象者（複数可）： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> その他（ ） ●アセスメント結果
①スクリーニング結果に対する薬剤師の判断 「1」「2」の判断⇒ <input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 判定できない 「3～6」の判断 ⇒ <input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 判定できない
②課題と対応
●訪問服薬指導（居宅療養管理指導）実施に関する意見 <input type="checkbox"/> 実施が必要と思われる <input type="checkbox"/> ケアマネジャーと相談したい <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> その他（ ）
その他気になること（自由記載 ※医師への報告など）

事業所名	送信日： 年 月 日
ケアマネジャー	連絡先

薬局名	返信日： 年 月 日
回答薬剤師	連絡先

【同意欄】

私（利用者）は、「介護支援専門員・薬剤師連携事業」に関する説明を受け、その目的及び利用方法などを理解しましたので、医療・介護関係者の間で、私の療養・介護に関する情報が共有されることに同意します。

令和 年 月 日

氏名： _____