

令和 2 年 10 月 29 日

保険薬局各位

一般社団法人 佐世保市薬剤師会
会長 井手佳位輔
在宅医療介護保険委員会 中村三喜雄

佐世保市総合医療センターにおける

在宅訪問薬剤（居宅療養）管理指導依頼の流れについて

平素より会務運営につきまして、ご理解、ご協力いただきましてありがとうございます。

さて令和 2 年 11 月 2 日（月）より佐世保市総合医療センターにおいて在宅訪問薬剤（居宅療養）管理指導を下記の通り運用することとなりましたので、皆様ご周知頂きますよう、よろしくお願い致します。

記

1. 対象患者

- 通院が困難で医師が必要と認めた患者

2. 在宅訪問薬剤（居宅療養）管理指導について

- 薬剤管理指導に当たっては、医師の「在宅訪問薬剤（居宅療養）管理指導指示書（以下、「指示書」）」に基づき実施して下さい。

3. 在宅訪問薬剤（居宅療養）管理指導提案書（以下、「提案書」）について

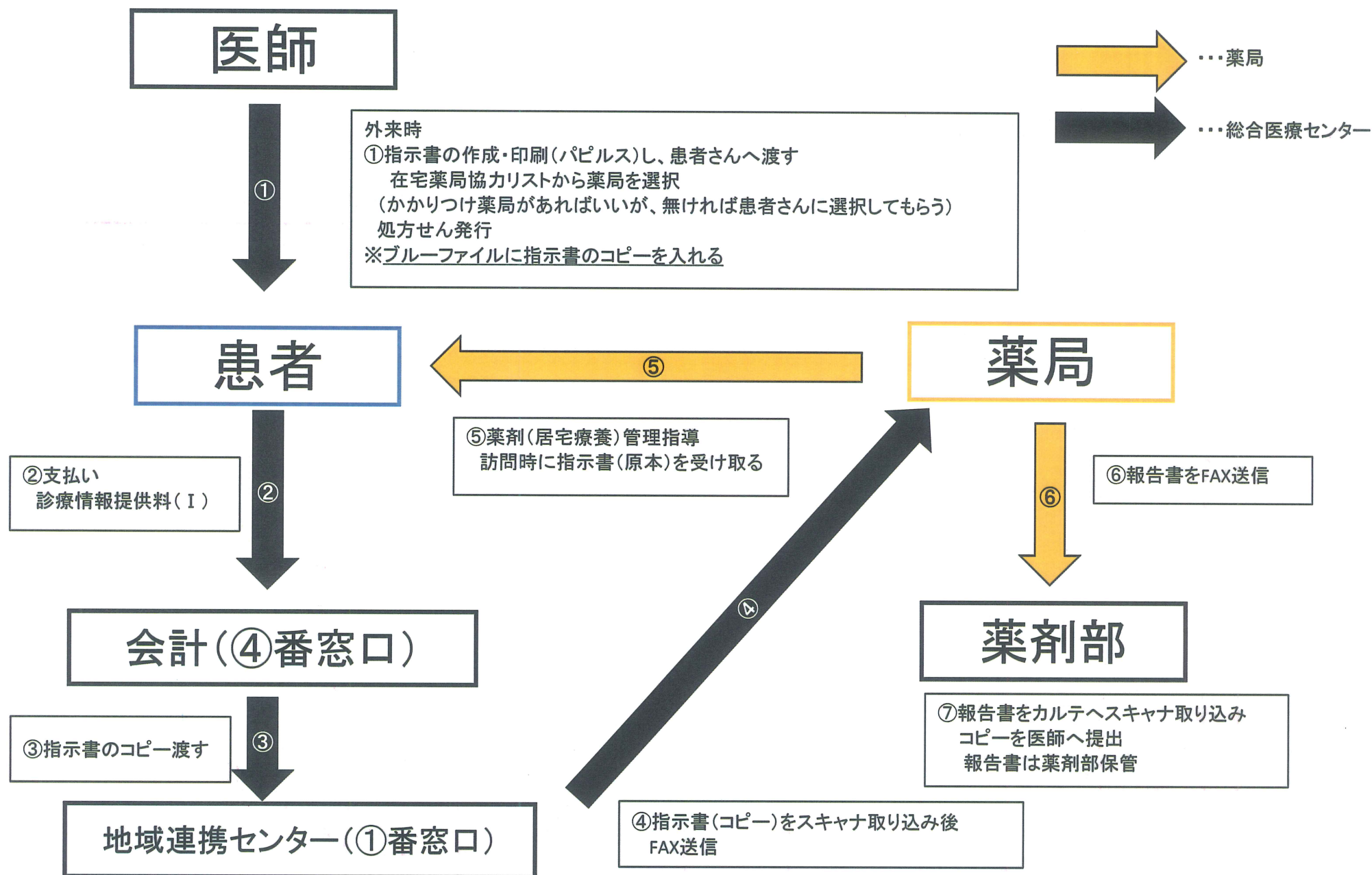
- 調剤薬局より「指示書」の発行を依頼する場合は、「提案書」を作成して下さい。
- 「提案書」の様式は問いませんが、以下の項目を記載して下さい。
 - ① 調剤薬局の連絡先と担当薬剤師名、②患者氏名（総合医療センターID）および性別
 - ③生年月日、④患者住所、⑤診療科名および担当医師名、⑥訪問指導に対する患者同意の有無、⑦指導目的、⑧想定される薬剤管理指導の内容
- 「提案書」は、「在宅訪問薬剤（居宅療養）管理指導提案書在中」と明記し、佐世保市総合医療センター「医療支援課」宛に郵送するか、または、FAX（0956-24-0474）してください。持参されても構いません。
- 医師からの「指示書」は、「地域連携センター（①番窓口）」で受け取ることも可能ですが、郵送を希望される場合は返信用封筒を同封してください。

4. 薬剤管理指導に至るまでの流れは次頁の運用フローチャートをご参照ください

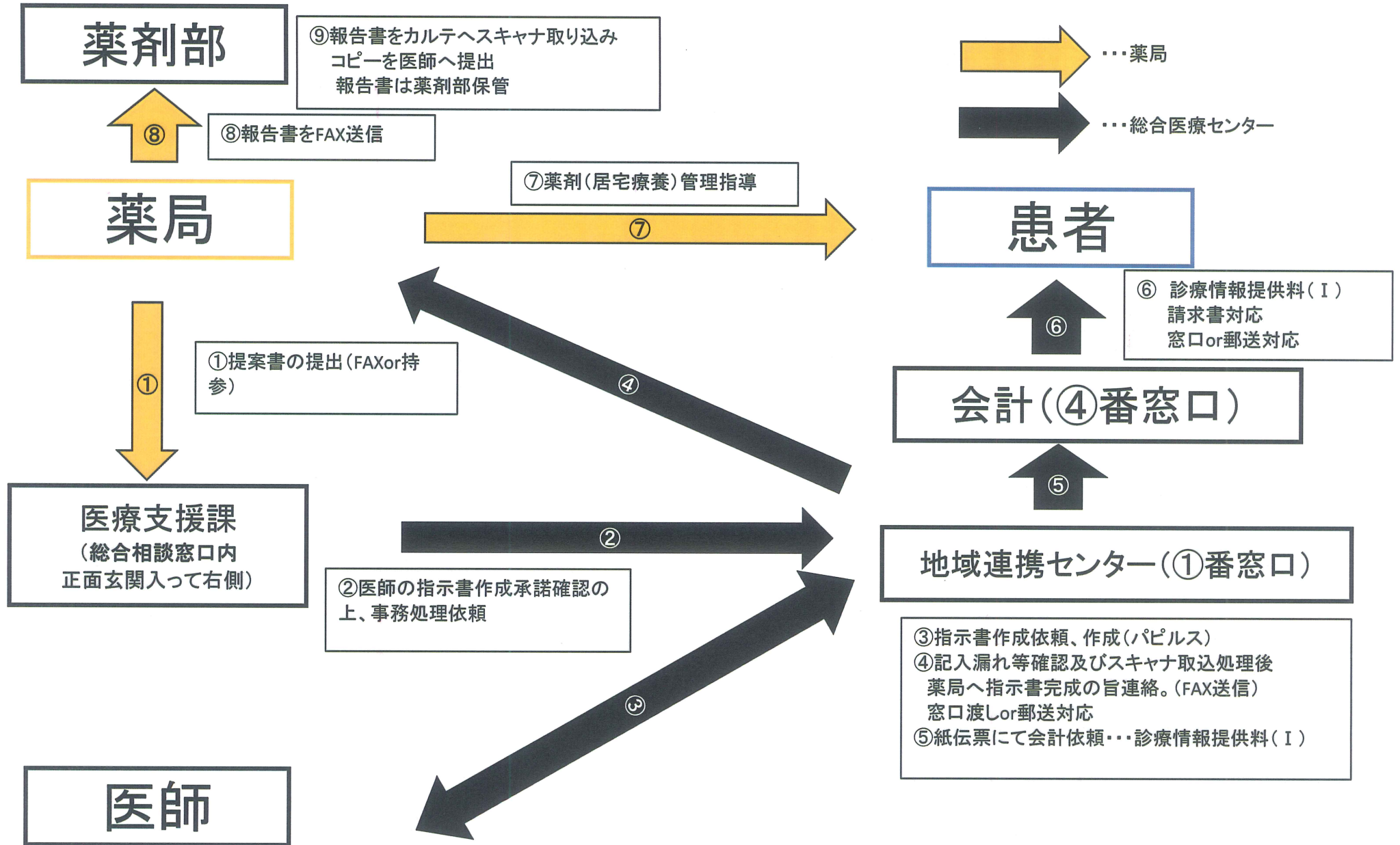
以上

ご不明な点がありましたら、てんじん薬局中村三喜雄(TEL:0956-56-3323)まで

〈医師が在宅患者訪問薬剤(居宅療養)管理指導を指示する場合〉



〈薬局から在宅患者訪問薬剤(居宅療養)管理指導を提案する場合〉



参照用

在宅患者訪問薬剤(居宅療養)管理指導 指示書

年 月 日

薬局 御中

下記の患者の訪問薬剤(居宅療養)管理指導を依頼します。

患者情報	氏名:	(男・女)	生年月日:	年	月	日	
	介護度: なし・要支援(1・2)・要介護(1・2・3・4・5)・不明						
	担当ケアマネジャー:		(所属:)				
	住所: 〒						
	連絡先(電話番号):						
依頼目的	☐ 服薬管理 ☐ 薬識の確認、指導 ☐ 副作用の確認 ☐ 疼痛コントロール ☐ その他()						
依頼者情報	医師氏名:		印				
	医療機関名:						
	医療機関所在地:						
特別な医療	(過去14日以内に受けた医療のすべてにチェック)						
	処置内容	☐ 点滴の管理 ☐ 中心静脈栄養 ☐ 透析 ☐ ストーマ処置 ☐ 酸素療法 ☐ レスピレーター ☐ 気管切開処置 ☐ 疼痛の看護 ☐ 経管栄養					
		特別な対応	☐ モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) ☐ 褥瘡の処置				
		失禁への対応	☐ カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)				
副作用歴							
アレルギー歴							

(以下は主治医意見書等別添情報提供書類添付にて省略可)

疾病に関する意見	診断名(特定疾病または生活機能低下の直接の原因となる傷病名は1:)及び発症年月日			
	1:	年	月	日頃発症
	2:	年	月	日頃発症
	3:	年	月	日頃発症

その他特記事項(既往歴、身体の状態、検査結果、治療経過、現在の処方、生活機能等)

--