

「薬剤師のおためし訪問」事業実施報告書

連絡日 平成 年 月 日

山形県薬剤師会 御中

FAX:023-632-5196

報告者

薬局名:

薬剤師名:

TEL:

FAX:

下記の患者さまへの「薬剤師のおためし訪問」事業の実施報告をします。

【利用者者・患家情報】

利用者 No.		性別	男・女	年代	20 歳未満・30 歳代・40 歳代・50 歳代・60 歳代・70 歳代・80 歳以上			
訪問に要した時間		(移動時間)	分	(滞在時間)	分	薬剤師の 同行	あり・なし	
継続訪問の依頼		あり			なし			
居住形態		独居 ・ 夫婦のみ ・ 複数世代 ・ その他()						
「おためし訪問」の依頼内容 (目的または解決すべき課題)								
訪問課題の達成		できた ・ ほぼできた ・ あまりできなかった ・ できなかった						

「薬剤師のおためし訪問」事業を通して、うまくいった点・うまくいかなかった点についてご記入下さい。

「薬剤師のおためし訪問」を通して、薬剤師の訪問業務等について感じたこと、課題等についてご記入下さい。