

「薬剤師のおためし訪問」実施評価票

連絡日 平成 年 月 日

山形県薬剤師会 御中

(薬剤師会記入欄)
患者 No. _____

報告者
事業者名:
担当者名:
TEL: _____ FAX: _____

1. 「薬剤師のおためし訪問」実施後の改善状況(該当項目に○で評価をお願いします)

	改善した	やや改善した	変わらなかった	未実施
① 飲み忘れてしまう				
② 飲みづらい・飲んでもくれない				
③ 飲みすぎてしまう				
④ 嚥下困難 (胃瘻を含む)				
⑤ 薬の管理				
⑥ 残薬				
⑦ 副作用の不安				
⑧ 薬についての知識不足				
⑨ 多種類服薬への不安				
⑩ 他科受診に伴う相互作用の不安				
⑪ 薬剤の ADL への影響				
⑫ QOL				
⑬ 排便コントロール				
⑭ 痛みの管理				
⑮ 多職種との連携				
⑯ 家族からの依頼				
⑰ その他				

2. 今回の事業で薬剤師との連携をどう感じましたか。(該当項目に○を付して下さい)

有用であった やや有用であった あまり有用でなかった 有用でなかった
⇒その理由をお聞かせ下さい。

[_____]

4. 今後、薬の問題がある利用者がいた場合、薬剤師の訪問指導を利用しますか？(該当項目に○を付して下さい)

利用したい 利用したくない

3. 今後の在宅医療・介護における連携についてご意見をお聞かせ下さい。