

はじめに

日ごろは城南薬剤師会の運営にご協力いただきましてありがとうございます。

この「城南薬剤師会セーフティーネット」は、ご自宅での療養がもっと便利になるサービスを実施している薬局を紹介しています。基本的に全薬局がご自宅で療養されている方をバックアップしていく方針で作成しています。

患者さまが住み慣れた自宅で、病気の治療・療養を行うことを在宅医療といいます。

薬剤師が医師の指示に基づいてご自宅を訪問します。お薬をお持ちし、効果・飲み方の説明、服薬状況やご自宅にある残薬のチェック、副作用、ご家庭の衛生環境の確認を行います。

また、患者さまの状態やお薬についての要望などを医師に伝え、患者さまとご家族の療養生活を適切にサポートいたします。どこにどんな薬局があるの？ 利用したい薬局の連絡先は？ 頼みたい時の相談は？... など、利用される時の疑問に答え、スムーズに利用ができる一助になるように作成しました。さまざまな疑問にも対応できる訪問薬剤管理指導申込書で案内させていただいています。積極的に活用し、住み慣れた場所で、いつまでもいきいきと生活していただけるよう広くご活用ください。

* 掲載している情報は令和4年4月現在のものです。

関係機関のみなさまへ

在宅訪問薬局に関するお問い合わせ窓口

城南薬剤師会会長 西本 幸平

現在、城南薬剤師会では在宅業務における事業として地域の多職種の方々と
の連携作りに取り組んでおりますが、「在宅訪問に対応できる薬局がわからない」
という声が寄せられています。

そこで、多職種からの在宅に関する要望、依頼に対して幅広く対応できるように
窓口を設けました。

以下のサポート薬局が窓口として対応し、地域の在宅訪問可能な薬局のご紹介
もいたします。

お気軽にご相談くださいますようお願い申し上げます。

【サポート薬局】

びわ薬局	大町 佐千美
宇治市琵琶台1-17-2	TEL・FAX 24-2436

在宅支援みさ薬局 おうばく店	金山 美沙
宇治市五ヶ庄一番割73-1	TEL 34-1138 FAX 34-1139

葵 薬局	井上 操
宇治市五ヶ庄日皆田8-15	TEL・FAX 33-5426

長池薬局	野村 誠子
城陽市長池北清水24	TEL 52-0079 FAX 52-1169

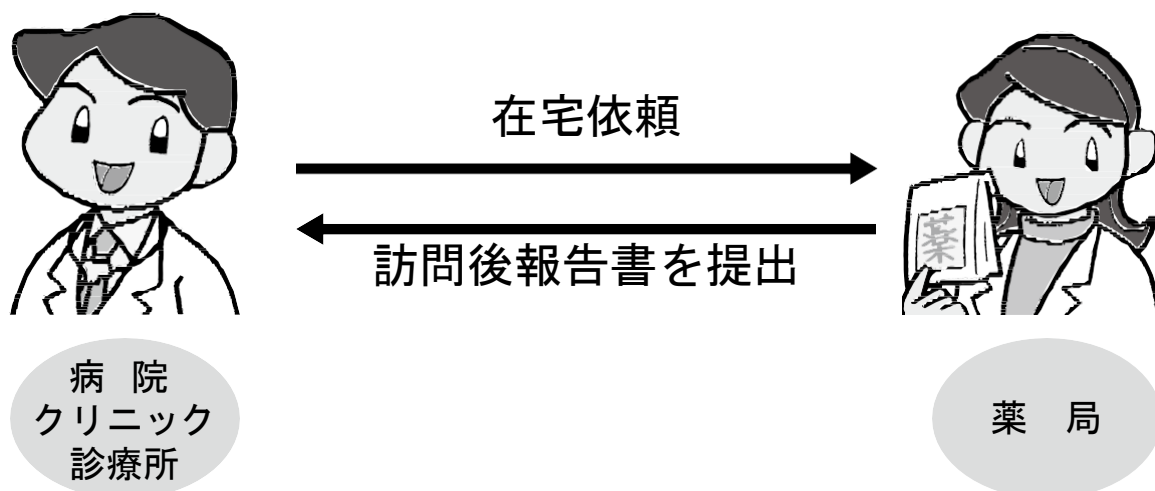
久津川薬局	山下 京子
城陽市平川中道表1-11	TEL 52-5927 FAX 52-9066

在宅の依頼方法について

先生方の患者様でお薬についてお困りの方はいらっしゃいませんか？
患者様の服薬状況に合わせた指導を行い、飲み忘れ、飲み間違いの防
止、残薬の整理を致します。

また、重い輸液や経腸栄養剤などもお届け致します。

依頼の手順は①②だけです。お困りの患者様がいらっしゃいましたら
、別紙記載のサポート薬局までご相談ください。



在宅依頼方法

- ① 処方箋備考欄に居宅療養管理指導と記載をお願いします。
- ② 情報提供書を作成し、薬局にお送り下さい。

※診療情報提供料250点が加算できます。

薬剤師が行う居宅療養管理指導は介護保険の支給限度額とは別に給付対象となるサービスです。

患者様の自己負担は介護保険もしくは医療保険が利用できます。是非ご活用ください。

城南薬剤師会 宛

TEL 0774-46-8030

FAX 0774-46-8503

令和 年 月 日

薬剤師による訪問薬剤管理申込書

本人の同意について <input type="checkbox"/> ご本人、ご家族の同意を得て、ご連絡いたします。 同意した日 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> ご本人の心身状況から同意を得られていませんが、ご本人の為に必要がありますのでご連絡致します。			
ふりがな		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
患者 お名前		性別	男 ・ 女 年齢 (歳)
		TEL	
連絡先 ご住所			
ふりがな			
申込者 お名前	病院・主治医・介護支援専門員・ご家族 その他 ()		
申し込み理由	<input type="checkbox"/> コンプライアンス不良 (服薬指導) <input type="checkbox"/> 飲み忘れの対処 (一包化、剤形の再検討) <input type="checkbox"/> 重複、相互作用の要チェック <input type="checkbox"/> 薬剤によるADL低下の可能性 (転倒など) <input type="checkbox"/> 副作用のチェック・再発防止が必要 <input type="checkbox"/> 処方内容の理解が不足 <input type="checkbox"/> 剤型の要検討 <input type="checkbox"/> 居宅療養薬剤管理指導が必要 <input type="checkbox"/> 訪問服薬管理指導が必要 <input type="checkbox"/> 退院時カンファレンス <input type="checkbox"/> その他	服用している薬の情報	
健康 保険証	1) 生保 2) 国保 3) 社保 4) その他 ()		
介護 保険証	有 ・ 無 (要支援 1, 2 ・ 要介護 1, 2, 3, 4, 5)		

【備考】

主治医 (かかりつけ医)	氏名	TEL
介護支援専門員		TEL
主介護者情報	名前	関係
	住所	TEL

依頼年月日 令和 年 月 日

薬局 殿

下記の患者様の居宅療養管理指導・訪問薬剤管理指導を依頼します。

医療機関名

住所

電話

ax

医師名 _____ 印

患者	氏名	様	性別（男・女）
	生年月日	明・大・昭・平	年 月 日
	住所		
	TEL		
	介護度：要支援1・2 要介護1・2・3・4・5 ケ アマネージャー：		
疾患名			
既往歴・経過			
使用薬剤			
訪問により期待すること	<input type="checkbox"/> 服薬状況の確認 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 薬剤管理状況の確認 <input type="checkbox"/> 調剤方法の検討 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> 副作用のチェック <input type="checkbox"/> 服薬によるADLへの影響 <input type="checkbox"/> 生活状況の把握 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
服薬にあたっての情報	<input type="checkbox"/> 運動機能障害 <input type="checkbox"/> 寝たきり患者 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 認知症患者 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
特別な医療	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 疼痛の管理 <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル等） <input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> その他（ ）		

(参考資料)

年 月 日

在宅患者訪問薬剤管理指導指示依頼書

病院・医院 御中

薬局名

住 所

T E L

F A X

薬剤師名

印

下記の者に在宅訪問指導の必要性が認められましたので、ご検討ください。
尚、ご本人（ご家族）には本サービス内容及び費用に係る説明・同意は得ております。

ID	
患者氏名	様
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
介護保険の有無	<input type="checkbox"/> 有（要支援1・2 要介護1・2・3・4・5） <input type="checkbox"/> 無
ケアマネジャー	連絡先（ ）
在宅訪問指導の必要性の理由	

薬局→関係機関