



～かかりつけ薬剤師指導料・かかりつけ薬剤師包括管理料について～

薬局

当薬局では、安心して薬を使用していただけるように、あなたの「かかりつけ薬剤師」になる取り組みを行っています。「かかりつけ薬剤師」が担当することで、あなたが使用している薬の情報を一つにまとめて、継続的に把握します。

次の内容を薬剤師が説明いたしますので、同意していただける場合はご署名ください。

《かかりつけ薬剤師が実施すること》

担当する薬剤師の_____が、

1. 安心して薬を使用していただけるよう、使用している薬の情報を一元的・継続的に把握します。
2. お薬の飲み合わせの確認や説明などは、かかりつけ薬剤師が担当します。
3. お薬手帳に、調剤した薬の情報を記入します。
4. 処方医や地域の医療に関わる他の医療者（看護師等）との連携を図ります。
5. 開局時間内・時間外を問わず、お問い合わせに応じます。
6. 血液検査などの結果を提供いただいた場合、それを参考に薬学的な確認を行います。
7. 調剤後も、必要に応じてご連絡することがあります。
8. 飲み残したお薬、余っているお薬の整理をお手伝いします。
9. 在宅での療養が必要となった場合でも、継続してお伺いすることができます。

*かかりつけ薬剤師包括管理料は、医療機関で地域包括診療料・加算等が算定されている方が対象です。

《薬学的観点から必要と判断した理由》

(薬剤師記入欄)

《かかりつけ薬剤師に希望すること》

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 薬の一元的・継続的な把握 | <input type="checkbox"/> 他の医療関係者との連携 |
| <input type="checkbox"/> 薬の飲み合わせなどのチェック | <input type="checkbox"/> 飲み残した場合の薬の整理 |
| <input type="checkbox"/> 薬に関する丁寧な説明 | <input type="checkbox"/> 調剤後のフォロー |
| <input type="checkbox"/> 時間外の電話相談 | <input type="checkbox"/> 在宅療養が必要になった場合の対応 |
| <input type="checkbox"/> その他（_____） | |

※各項目の詳細は、別紙（患者さんへのお願い）をご覧ください。

薬剤師による説明を理解し、かかりつけ薬剤師による服薬指導を受けることに同意します。

年 月 日

お名前（ご署名）：
