

飲み忘れて
しまう

薬が
余っている

飲んで
くれない

薬の管理が
できない

でも薬局に
行けない

薬剤師の おためし訪問

を利用してみませんか？

事業実施期間 平成29年11月～平成30年1月



一般社団法人

山形県薬剤師会

「薬剤師のおためし訪問」事業フローチャート



- すでに薬剤師が訪問を実施している患者さまは、本事業の対象外となりますのでご了承ください。
※対象患者さまの紹介方法は、下記④⑤のどちらでも可
④在宅医療関係者から薬局へ対象患者の紹介 ⑤薬局から在宅医療関係者へ対象患者の紹介を依頼
- 本事業(薬剤師・薬局による「おためし訪問」の実施)の実施期間は平成29年11月～平成30年1月です。
- 本事業で使用する様式等は、薬局(薬剤師)より入手していただくか、山形県薬剤師会ホームページにも掲載いたします。

事業実施前の 事前準備

ケアマネジャーより
県薬剤師会に
訪問の依頼をしてもらう



対象患者さん

「薬剤師のおためし訪問」を提案説明

薬剤師が訪問することの同意
(同意書(様式1-2・1-3)への記入・押印)



ケアマネジャー



経験豊富
な薬剤師

薬局・薬剤師

3 訪問前に、患者さん宅へ訪問する旨を連絡し同意を得た後、
『様式2「薬剤師のおためし訪問」に関する連絡票』を提出する。

5 『様式3「薬剤師のおためし訪問」実施報告書』を作成・提出する。



主治医

5 『様式3「薬剤師のおためし訪問」実施報告書』を作成・提出する。



ケアマネジャー

上記「訪問前の事前準備」

4 薬局(薬剤師)と紹介者(ケアマネジャー)が連携して訪問・
患者支援を実施する。
※必要に応じ経験豊富な
薬剤師が同行。



対象患者さん

5 『様式4「薬剤師のおためし訪問」
事業実施報告書』を提出する。

1 『様式1-1「薬剤師のおためし訪問」
実施依頼書』を提出する。
『様式1-2「薬剤師のおためし訪問」
に関する同意書』を提出する。
(様式1-2原本はケアマネジャー保管)
『様式1-3「薬剤師のおためし訪問事業」
に関する同意書』を提出する。

6 訪問終了後(ケアマネジャー)は
『様式5「薬剤師のおためし訪問」
実施評価票』を提出する。

1

6

2 訪問薬剤師を選定し依頼
(様式1-1)



地区薬剤師会(基幹薬局)

ケアマネジャーと薬局・薬剤師等との連携に際し
ての、相談窓口(連絡先・担当者)を設置します。

地区薬剤師会(基幹薬局)

▲ 訪問依頼(様式1-1)

▼ 報告書を提出する。

山形県薬剤師会