



岩手県薬剤師会事務局 行き

FAX 019-653-2273

回答期限:令和5年1月31日(火)

「重複・多剤投薬者訪問指導等業務」実施報告書

「重複・多剤投薬者訪問指導等業務」において、対象者に対して以下の通り、対応しましたので、報告いたします。

| | |
|------------------------------------|--|
| 対象者番号 ※ お知らせ文書の患者氏名の前に記載されている番号 | |
| 対応薬局名 | |
| 対応薬剤師名 | |
| 対応日時 | 令和 年 月 日 |
| 対応内容 ※該当するもの○で囲んでください。 | <ol style="list-style-type: none">1 「服薬情報のお知らせ」文書を確認した2 患者の同意を得て、必要な情報を医療機関に提供した。3 医療機関に情報提供した結果、処方内容の変更（薬剤数の減少や用法・調剤方法の変更、等）につながった4 患者宅を訪問する約束を行った（ 月 日）5 患者宅を訪問した（報酬算定あり）6 患者宅を訪問した（報酬算定なし） |
| その他 ご意見・ご感想がありましたら記載願います。 | |

ご協力ありがとうございました