

薬剤師と介護支援専門員連携シート 活用の注意点

薬剤師 ⇄ 介護支援専門員 記載日の入力方法（全角・半角可）記入例：4/1 or 4-1→令和4年4月1日

氏名

様

生年月日

（

歳）

性別

介護支援事業所

担当者名

TEL

FAX

プルダウン形式（緑の点線で表示）

枠の上をクリックすると逆三角形が表示されます。

逆三角形の上をクリックすると、項目が表示しますので、入力したい項目を選んでください。（青色表示）

自立

J1

J2

A1

A2

B1

B2

C1

薬局

薬剤師名

TEL

FAX

生年月日入力方法（全角・半角可）

記入例：S 5/1/1

S 5-1-1

1 9 3 0/1/1

1 9 3 0-1-1

生年月日を入力すると、入力日で年齢が自動表記します 例：9 2

記載日：

日常生活自立度	自立	認知症高齢者の日常生活自立度		介護度		住居状況		薬の管理者	
＜介護支援専門員服薬管理スクリーニング結果＞							本人・家族の同意		
1. 想定以上に残薬がある									
2. 薬について問題がある、感じられる（複数回答可）									
3. 複数の医療機関受診				4. 複数の薬局で薬をもらっている					
5. 6種類以上の薬を服用				6. 市販薬・サプリメント服用					
その他気になること 記入方法：入力はenterで改行すると次のセルへ移動しますのでAlt+Enterで改行してください。PCの種類や文字のフォントによって印刷字数が異なりますので印刷時にご確認ください。									

＜薬剤師服薬管理アセスメントシート＞

アセスメントのためのアプローチ方法						
聞き取り対象者						
アセスメント結果						
スクリーニング結果に対する薬剤師の判断	1	2	3	4	5	6
抽出された全ての課題（スクリーニング結果も含め課題ごとに記載）						
課題への対応内容・方針 記入方法：入力はenterで改行すると次のセルへ移動しますのでAlt+Enterで改行してください。PCの種類や文字のフォントによって印刷字数が異なりますので印刷時にご確認ください。						
医師への問い合わせ						
疑義照会・相談・共有すべき課題 記入方法：入力はenterで改行すると次のセルへ移動しますのでAlt+Enterで改行してください。PCの種類や文字のフォントによって印刷字数が異なりますので印刷時にご確認ください。						
訪問服薬指導（居宅療養管理指導）実施に関する意見						
記載日			薬剤師名			