（添書不要）回答期限：令和６年１１月２２日（金）回答先：福島県県北保健福祉事務所総務企画課　宍戸　行

 　　　　　　ＦＡＸ：024-534-4105　　E-mail：kenpokuhofuku\_kikaku@pref.fukushima.lg.jp

在宅緩和ケア提供体制に関する調査票【薬局】

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者名 |  |

１　基本情報

|  |  |
| --- | --- |
| 薬局名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 連絡先 | 電話　　　　　（　　　　）　　　　　　　FAX　　　　　　（　　　　） |
| E-mail |
| ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞURL |  |
| 営業時間 | 例）月～土　9:00～17:00　日・祝　休み |

２　在宅医療の実施状況

|  |  |
| --- | --- |
| 在宅患者訪問薬剤管理指導（医療保険）及び居宅療養管理指導（介護保険）の実施件数 | R5年7月1日～R6年6月30日の１年間における訪問指導実施の有無について、該当する番号に○を付けてください。１　実施あり 延べ実施件数：個宅（　　　　　）件、　施設（　　　　　）件うち在宅緩和ケアに関する症例数（名）（　　　　　）名２　実施なし |
| 訪問対応について | 該当する番号に○を付けてください。１　可能　　　２　不可　　　訪問対応可能な薬剤師数　常勤： 　　　名　非常勤：　　 　名　　　　可能な時間帯：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　対象地域：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 退院時共同指導（退院時カンファレンス）への参加 | 該当する番号に○を付けてください。１　可能（参加しやすい時間帯　　　　　　　　　　）　　２　不可 |
| 夜間・休日対応の体制 | 該当する番号に○を付けてください。１　夜間・休日も開局２　電話相談 （緊急性に応じて調剤に対応）３　対応不可 |
| 麻薬の取扱い状況 | 該当する番号に○を付けてください。１の場合は、品目数（R5年9月30日時点）と麻薬加算の算定件数（R5年7月1日～R6年6月30日）を記入してください。１　取り扱っている　 　　　　　　　　品目、　　　　　　件２　取り扱っていない　 　 　メサペイン錠の取扱い　（調剤責任薬剤師の所属）１　あり　　　２　なし　 　 　 |
| 注射薬調剤への対応 | 該当する番号に○を付けてください。１　無菌調剤対応可能（自施設・他施設共同利用）２　無菌調剤以外対応可能３　対応不可 |
| 医療用麻薬注射の取扱い | 該当する番号に〇を付けてください。　１．麻薬注射の供給のみ対応　２．処方箋による携帯型ディスポーザブル注入ポンプでの対応　３．ＰＣＡポンプの貸与　（主な機種名　　　　　　　　　　　） |

３　上記情報の公開への同意（掲載に同意しない場合☑を入れてください）

* 社会資源情報冊子へ掲載することに同意しない。
* 福島市在宅医療・介護連携支援センターのホームページへ掲載することに同意しない。
* 伊達地方在宅医療・介護連携支援センターのホームページへ掲載することに同意しない。