

2021年8月

在宅受入可能薬局
ご担当者 各位

一般社団法人 横浜市薬剤師会
医療・介護保険委員会 担当副会長 久保田 充明

在宅受入可能薬局 情報提供シートについて

日頃より大変お世話になっております。

横浜市薬剤師会ホームページ内に設置しています「在宅受入可能薬局」に、情報提供シートのワードとPDFを設置いたしますので、ご利用いただければ幸いです。

ケアマネジャー等から在宅希望があった際に、必要事項をいただくことでスムーズに在宅に移ることができると思えました。

<イメージ図>

情報シートがない場合



- 何が必要なの？
- 介護保険の申請はしている？
支援・介護のレベルは？
- 患者さんの状態は？
- ご家族は？ などなど

情報シートがある場合



- 必要事項がわかった！
- 何度も連絡することが
なくなった！
- 電話では聞きづらい事を
確認できた などなど

※1 内容につきましては、各薬局様の要不要に合わせて編集いただければと考えています。

在宅受入可能薬局 情報提供シート

【依頼先薬局】

薬局名	
-----	--

【申込者】

事業所名・職種	
電話・FAX	
担当者名（フリガナ）	

【患者様（利用者）情報事項】

① 患者様名				
② 住 所				
③ 電話番号				
④ 要支援度・要介護度	要支援度（1・2） 要介護度（1・2・3・4・5）			
⑤ 介護保険番号				
⑥ 介護保険有効期間				
⑦ 負担割合				
⑧ 普段のADL	意思疎通（可能・一部・不能） 歩 行（寝たきり・車いす・杖・自立）			
⑨ 認知症（程度）	重・中・軽・なし			
⑩ 主介護者（家族等）	氏名（ ）関係（ ）連絡先（ ）			
⑪ 併 用 薬				
⑫ お薬手帳の有無	お薬手帳を 持っている ・ 持っていない			
⑬ 主治医情報	氏 名：			
	医 療 機 関 名：			
	連絡先：TEL： FAX：			
	メールアドレス：			
⑭ 担当介護支援専門員情報	氏 名：			
	連絡先：TEL： FAX：			
	メールアドレス：			
⑮ 患者様の現在状態 ※当てはまる状態に○をつけてください。	中心静脈栄養	ターミナル	認知症	導尿カテーテル
	人工呼吸器（IPPV）	経管栄養	胃ろう	腸ろう
	人工肛門	在宅酸素	褥瘡	
⑯ 申込者が、かかりつけ医の場合 この用紙を「訪問薬剤管理指導・指示書」とすることができる	する ・ しない			
⑰ その他連絡事項				

【事前にご確認ください】

月に4回を限度として算定<特別な治療（がん末期及び中心静脈栄養）を要する場合は月8回まで算定可能>
 （介護保険1割負担）1人または同一世帯の訪問1回 **517** 単位 【施設】単一建物（2~9人）の訪問1回 **378** 単位、単一建物（10人以上）1回 **341** 単位。
 なお、麻薬など特別な薬剤の管理がある場合は100点の加算。その他介護保険法に基づきます。
 ただし、次のいずれかの場合は単一建物診療患者が1人であるものとみなされます。
 （1）同居する同一世帯に訪問指導料を算定する者の数が2人以上いる場合、（2）建築物の戸数の10%以下の場合、
 （3）建築物の戸数が20戸未満で、訪問指導料を算定する者の数が2人以下の場合
 プライバシーポリシー：ここに記載された情報は在宅医療活動以外の目的に使用することは決してありません。