

FAX:0996-22-8114(送信票不要)

【手書き版:調剤薬局】

川内市医師会では、医療・介護・福祉専門職が日頃の業務で使用することを目的に「医療資源ガイドブック」を作成いたしま お忙しいところ恐縮ですが、調査票提出のご協力をお願いいたします。

記入者情報

役職	
記入者名	
担当者メールアドレス	
電話番号	0996
FAX	0996

《調査項目》

*太枠で囲っている□箇所記入、または該当するものに☑を入れるか○で囲んで選択してください。

～ 基本情報 ～

1 調剤薬局の名称

ふりがな	
名称	

2 調剤薬局の所在地

郵便番号	
所在地	薩摩川内市

3 代表電話番号及びFAX番号

電話番号	0996	<input type="checkbox"/> 電話番号と同じ
FAX番号	0996	

4 営業日・時間

営業日に☑をいれてください。

時間を記入してください。

月	火	水	木	金	土	日
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

午前		午後	
:	~	:	~
:	~	:	~

休日や営業時間等についてコメント

～対応・受け入れ～

5 ① 24時間対応

電話対応	対応可能 ・ 対応できない
処方調剤	対応可能 ・ 対応できない

② 在宅医療

在宅患者訪問薬剤管理指導	可能 ・ 要相談 ・ 不可
居宅療養管理指導	可能 ・ 要相談 ・ 不可

対応エリアまたは距離

※該当するところにご記入ください。(複数回答可)

km以内	車で	分以内	中学校区	自由記載欄
------	----	-----	------	-------

交通費	請求する ・ 距離によっては請求する ・ 請求しない
-----	----------------------------

【手書き版:調剤薬局】1/2ページ

調剤薬局名:

6 対応・受け入れ内容等

○:可能 △:要相談 ×:不可 を記入してください。

	在宅患者	外来患者
1 麻薬の取り扱い		
2 高度管理医療機器の供給・販売		
3 医療材料の販売		

<その他>

4 オンライン服薬指導	可能・要相談・不可
5 薬(残薬)整理相談対応	可能・要相談・不可
6 認知症対応力向上研修会受講	受講済・受講していない
7 かかりつけ薬剤師の在籍	在籍している・在籍していない

7 その他

※空欄に可能な曜日・時間等を記入してください。

多職 種 連 携	1 医療機関で行われる 退院時共同指導への出席	医療機関	可能・要相談・不可	
		オンライン	可能・要相談・不可	
	2 患者宅で行われる 担当者会議への出席	患者宅	可能・要相談・不可	
		オンライン	可能・要相談・不可	
3 バイタルリンク(多職種連携情報共有システム)のアカウント登録		有・無		

上記以外にも付け加えたい項目がございましたら以下に記入してください。

御協力ありがとうございました。

【この調査票に関する問い合わせ先】

川内市医師会在宅医療支援センター 電話 0996-22-4021

【手書き版:調剤薬局】 2/2ページ