**在宅医療・介護連携推進に関する情報提供書＜送信先　FAX；572-6672　表紙不要＞**

**◆対象：調剤薬局**

|  |  |
| --- | --- |
| **記入年月日** | **年　　　月　　　日** |
| **記入者所属名** |  |
| **氏　　名** |  |

**Ⅰ基本情報**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **薬局名** |  | | | |
| **所在地** |  | | | |
| **連絡先** | **℡** |  | **Fax** |  |
| **e-mail** |  |  | |
| **ホームページ** |  | | | |
| **営業日、営業時間** |  | | | |
| **休業日・夜間緊急時の対応** |  | | | |
| **薬剤師数** |  | | | |

**Ⅱサービス内容項目**

|  |  |
| --- | --- |
| **麻薬の取り扱い** | □行っている　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□行っていない |
| **高カロリー輸液管理** | □行っている　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□行っていない |
| **無菌室について** | □有　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□無 |
| **在宅患者訪問薬剤管理指導**  **（居宅療養管理指導含む）** | □実施している・　　/人　（例平成29年4月1日～平成30年3月31日の1年間）  　訪問可能な地域　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □実施していない |

**●　担当者会議、退院時共同指導（退院時カンファレンス）への参加は可能ですか。**

□可　　　・可能な時間帯　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　□否

**●医療介護関係者に知っておいてほしい特徴、PRなど教えてください。（薬局の取り組みや現状など）**

|  |
| --- |
|  |

**Ⅲ当センターホームページ（在宅医療・介護連携事業所一覧）において上記以外の情報の掲載について**

□同意する　　　　　　　　　□同意しない

※出来るだけ最新情報の掲載を行っていきたいと思いますので情報に変更がありましたら、福島市在宅医療・介護連携支援センター迄、メールまたはFAXにてご連絡いただきますようよろしくお願いいたします。

尚、情報提供書はホームページからダウンロードできますのでご利用ください。