

「あなたの街の在宅訪問対応薬局」追加変更連絡票

在宅訪問対応薬局の掲載に追加変更がありますので下記のとおり連絡します。

・・・・・・・・切り取らずにこのまま FAX 送信してください・・・・・・・・

秋田県薬剤師会事務局 行 FAX 018-835-2576

※「在宅対応薬局としての掲載を希望する」に「○」の薬局にあつては、①②③の該当する項目の（ ）に○を付けてください。

() リーフレットへの掲載を希望しない

← どちらかに○を付けてください。

() 在宅対応薬局としての掲載を希望する

掲載希望の場合は該当する（ ）に○を付けてください。

→在宅医療、介護用品や介護サービス等の相談に対応し、かつ、実際に在宅（居宅）訪問の依頼があれば、すぐに対応できる薬局であること。やむを得ない事由によりこれらの対応を取れないときは、責任を持って他の対応薬局を紹介する準備ができていないこと。

→①在宅対応薬局において対応可能な項目（当てはまる項目に○をつけてください）

() 24時間対応可

() 麻薬対応可

() 無菌調剤設備（クリーンベンチ、安全キャビネット）設置済

() 他薬局との共用にて無菌調剤対応可（平成29年11月30日までに無菌設備の共同利用契約を締結している場合のみとします。）

→②在宅患者に対する薬学的管理及び指導の算定実績

（29年1月～12月の1年間に算定実績のあるものに○をつけてください。）

() 在宅訪問薬剤管理指導料（社保、国保、後期高齢などの医療保険による在宅）

() 居宅療養管理指導費（要支援1、2の介護予防居宅療養管理指導費と要介護1～5の居宅療養管理指導費として介護保険に請求する在宅）

→③在宅対応薬局（リスト）の行政機関・関係団体への提供及び転載について

→行政機関や他の関係団体からの求めに応じ提供します。提供先ではデータを基に一般向けパンフレット等へ転載することもあります。

() 承諾する

() 承諾しない ※県薬ホームページには掲載します。

支部名 _____ 薬局名 _____

TEL _____ ご担当者様 _____

各方面より「在宅対応可能薬局から在宅対応を断られた」というクレームが数件届いております。責任を持って対応していただけること及び対応できなくなった場合は速やかに薬剤師会に申し出ていただくことを必須とさせていただきます。