病院臨床薬剤業務研修

申込書

記載日　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 薬局名称 |  |
| 薬局所在地 |  |
| 連絡先 | 電話番号：  メールアドレス： |
| 薬局管理者 |  |

**＜記載にあたっての注意事項＞**

**特に指定がある場合を除いて、令和６年９月１日時点の状況について記載してください。９月１日時点の状況の記載が難しい場合は、各情報がどの時点のものか分かるようにしてください。**

**記載内容に不明点等あった場合、薬局管理者に確認の連絡をさせていただきます。**

１　薬局に関する情報

|  |  |
| --- | --- |
| 認定取得・導入状況 | □地域連携薬局　□専門医療機関連携薬局　□健康サポート薬局  □ｵﾝﾗｲﾝ服薬指導システム　　 □電子処方箋 |
| 薬剤師数 | 常勤：　　　人  非常勤：　　人 |
| １か月当たりの処方箋枚数（令和５年度の月平均） | 枚 |
| 来局患者の主な診療科（複数回答可） | □内科　□外科　□小児科　□眼科　□耳鼻咽喉科  □皮膚科　□婦人科　□精神神経科（心療内科）　□整形外科  □その他（　　　　　　　　　　） |
| 在宅患者訪問薬剤管理指導の届出 | □あり　□なし |
| 麻薬小売業者免許の有無 | □あり　□なし |
| 麻薬を処方された患者への在宅医療実績の有無 | □あり　□なし |
| 注射薬の無菌調剤実績の有無 | □あり　□なし |
| 在宅医療の担当に課題を感じる患者の疾患（複数回答可） | □高血圧症　□糖尿病　□狭心症・心筋梗塞　□心不全  □がん　□脳卒中（脳出血・脳梗塞等）　□認知症  □その他（　　　　　　　　　） |
| 在宅医療実績の有無 | □あり　□なし |
| 在宅医療に対応する薬剤師数 | 人 |
| 利用者の主な居住形態（複数回答可） | □自宅で独居　□自宅で家族と同居　□グループホーム  □有料老人ホーム　□特別養護老人ホーム  □その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 利用者の主な疾患（複数回答可） | □高血圧症　□糖尿病　□狭心症・心筋梗塞　□心不全  □がん　□脳卒中（脳出血・脳梗塞等）　□認知症  □その他（　　　　　　　　　） |
| 終末期ケアへの関与実績 | □あり　□なし |
| 土日祝日等の休業日の対応の可否 | □可　□否 |
| 業務時間外の対応の可否 | □可　□否 |
| 携帯型ディスポーザブルPCA用ポンプの取扱いの有無 | □あり　□なし |
| 他職種との連携状況 | □十分　□不十分　□どちらともいえない |

２　研修に関する情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 希望する  研修病院 | 第１希望 |  | |
| 第２希望 |  | |
| 第３希望 |  | |
| 希望する期間及び時期 | |  | |
| 研修の目的 | | □研修病院の医師、薬剤師、看護師及び地域連携室等の他職種と  の連携体制の構築による在宅医療の推進  □輸液管理、注射剤調製及び化学療法患者への服薬・退院時指導  等の薬剤師スキルの習得  □病棟薬剤業務及び高度薬学管理等の知識・経験の習得による多  様な病態の患者への対応強化及びターミナルケアへの参画  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 研修を受けさせたい薬剤師に関する情報（２人まで記載可能）  「⑥研修申込の動機」は、研修申込薬剤師自身の申込動機を記載すること。 | | 研修申込  薬剤師の  経験年数等 | ①薬剤師経験　　年　　　 ②注射調製　□有 □無 |
| ③在宅医療経験 □有 □無 ④終末期ケア □有 □無 |
| ⑤PCAポンプ取扱い　□有　□無 |
| ⑥研修申込の動機 |
| 研修申込  薬剤師の  経験年数等 | ①薬剤師経験　　年　　　 ②注射調製　□有 □無 |
| ③在宅医療経験 □有 □無 ④終末期ケア □有 □無 |
| ⑤PCAポンプ取扱い　□有　□無 |
| ⑥研修申込の動機 |
| その他（自由記載） | |  | |