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） |  |