

令和3年度 東京都重複多剤服薬管理指導事業【重複多剤減額シュミレーションシート】

地区名：

薬局名：

	対象者	性別 (タブ選択)	年齢	㊤削減金額				㊤残薬理由	
				調整前薬剤料	調整後薬剤料	削減金額	調整対応者(タブ選択)	残薬理由 第1理由(タブ選択)	残薬理由 第2理由(タブ選択)
例	H.N	男・女	98歳	15,000	12,000	3,000	2.薬剤師	1.飲み忘れ	2.飲み間違い
1						0			
2						0	1.医師	1.飲み忘れ	1.飲み忘れ
3						0	2.薬剤師	2.飲み間違い	2.飲み間違い
4						0		3.自己判断で中止	3.自己判断で中止
5								4.薬剤が重複	4.薬剤が重複
6								5.受診間隔のずれ	5.受診間隔のずれ
7						0			6.特になし
8									
9						0			
10						0			
11									
12									
13									
14						0			
15						0			
16						0			
17						0			
18						0			
19						0			
20						0			
合計				¥0	¥0	¥0			

見本

- このシートのエクセルファイルは、各地区薬剤師会を通じて配信いたします。そのエクセルファイルに入力の上、下記アドレスまでメール回答をお願いします。
- 20人を超える場合には、随時欄を増やしてご回答ください。
- メール回答が困難な場合には、事務局医療保険課までご連絡ください。

①残薬バッグ配布後、患者にどのような変化が起きたか、全ての参加薬局の薬剤師（1薬局につき一人）にQRコードを読み込むか、URLを入力いただき、WEBアンケートの回答をお願いします。



<https://forms.gle/h見本HaR8bX7PzeOO>

②本シートは、㊤「削減金額」㊤「残薬理由」の二つの調査について記入するシートです。㊤「残薬理由」は、残薬バッグを配布いただいた全ての薬局に回答が求められていますので、㊤「削減金額」の記入がない場合にも、必ず下記の事務局までメール回答をお願いします。

なお、㊤「削減金額」を記入いただいた薬局には、記念品を用意しておりますので、併せて郵送先をご記入いただき、メール回答をお願いします。

医療保険課 送信先 : hoken@toyaku.or.jp

①②ともに回答期限：令和4年2月15日(火)

回答者	〒
住所	