

地区薬剤師会

○残薬バッグも用いて協力してもらえる会員薬局の取り纏め

⇒東京都薬剤師会へリストを報告

※今回の残薬バッグは業者から直接会員薬局へ配送されます

会員薬局

○重複多剤に該当する患者へ残薬バッグを配布し、

『残薬バッグ配布対象者 集計報告』もしくは、

『重複多剤減額シュミレーションシート』へ記録

⇒東京都薬剤師会へ 2月15日(火)までに報告

《 注意事項 》

- ・期間中に薬局及び医療機関で残薬調整した患者を対象
- ・減額の欄は調整前後の薬剤料の差
- ・対象となった理由は2つまでの選択

コンパクトに収納





■対象:55歳以上国民健康保険加入者(重複多剤服用者)

残薬バッグ配布対象者 集計報告

薬局名

令和3年度

※1枠に1人分を記入 (複数個所記入の場合あり)

NO	月	日	性別		残薬の理由 (○又は☑)						備考欄	
			男	女	飲み忘れ	飲み間違い	自己判断で中止	新たな薬が処方された	複数の病院から同じ薬を処方されている	受診間隔のずれ		その他
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
合計												

残薬バッグ配布後のお願い

★令和4年2月15日(火)までに、右のQRコード②を読み込み、「患者の動向の変化」に関するアンケートにご協力ください。



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	年齢	調整前金額	調整後金額	削減金額	調整対応(タブ選択)	第1理由(タブ選択)	第2理由(タブ選択)
例	H.N	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					0		4.薬剤が重複	4.薬剤が重複
6					0		5.受診間隔のずれ	5.受診間隔のずれ
7					0			6.特になし
8					0			
9					0			
10					0			
合計			¥0	¥0	¥0			

当該書類作成に対する謝礼を用意しております。郵送先をご記入のうえ、下記の事務局までメール回答願います。

送信先アドレス：hoken@toyaku.or.jp

回答者住所：〒

回答期限：令和4年2月15日(火)