【調剤薬局】（改訂版）

記入日　H　　年　　月　　日

ホームページへの告示が不可の場合チェックしてください　／　□不可

①施設名		②代表者名	
③住所			
④TEL		⑤FAX	
⑥ホームページ			
⑦相談窓口	担当者		
	対応しやすい時間	□指定なし　□____曜日・時間帯（　　～　　）	

⑧営業時間	月	火	水	木	金	土	日	祝日

⑨在宅関連事項（可能な項目）※	□在宅患者訪問薬剤管理料　□居宅療養管理指導　□担当者会議への参加 □退院前カンファレンス　□配達　□その他（　　） □実施していないが依頼があれば可		
⑩24時間対応	□可　□不可	⑪外国語対応	□可（　　）　□不可
⑫併設・関連機関			
⑬事業所アピール			

※⑨在宅関連事項にご回答いただいた場合には、以下の質問にもご回答ください。

⑭訪問・対応地域	□名護　□本部町　□今帰仁村　□大宜味村 □東村　□国頭村　□上記以外（　　）							
⑮対応可能な時間帯	月	火	水	木	金	土	日	祝日
⑯対応施設	□患者宅　□介護施設　□グループホーム							
⑰受け入れ可能な対象	□終末期（看取り）　□中心静脈栄養　□点滴　□気管切開 □人工呼吸器　□在宅酸素　□褥瘡、創傷　□人工肛門　□留置カテーテル □経管栄養（□経鼻　□胃瘻　□腸瘻）　□インスリン　□人工透析 □痰の吸引　□感染症　□難病　□障がい者　□小児 □精神疾患　□認知症　□その他（　　）							
⑱薬の一包化	□可　□不可							
⑲袋への印字	□朝・昼・夕の印字　□月日の記載							
⑳錠剤の粉砕	□可　□不可							
㉑担当者会議の参加	□可　□困難　□要相談（　　）							
㉒特記事項								

FAX送付先：　**0980-43-6770**（やんばる在宅医療・介護連携支援センター）