

居宅療養管理指導・訪問薬剤管理指導受け入れに関するアンケート

下記の項目についてご回答（○）をお願いします。

① 在宅患者訪問管理指導に係わる届け出はされていますか？ （ はい ・ いいえ ）

② 介護給付費の請求及び受領に関する届け出はされていますか？ （ はい ・ いいえ ）

③ 生活保護法の指定医療機関の届け出をされていますか。 （ はい ・ いいえ ）

④ 生活保護法の指定介護機関の届け出をされていますか。 （ はい ・ いいえ ）

⑤ 高度管理医療機器等の販売業・貸与業をしていますか。 （ はい ・ いいえ ）

⑥ 訪問指導に対応できる時間を教えてください。

（ ） 開局時間内

（ ） 開局時間の多少前後程度まで可

（ ） 緊急時も随時対応可（サポート薬局による対応も含む）

⑦ 退院時カンファレンス参加は可能ですか。 (可 ・ 状況に応じて可 ・ 不可)

⑧ 麻薬の調剤が可能ですか。 (はい ・ いいえ)

⑨ 訪問が可能な範囲 《訪問薬剤管理指導では16Km以内》はどれぐらいですか。

(薬局の近隣 ・ 周辺地区 ・ 特に制限無し)

⑩ 薬局に駐車場はありますか。 (はい ・ いいえ)

⑪ ケアカンファレンスへの参加は可能ですか。 (可 ・ 状況に応じて可 ・ 不可)

⑫ 無菌調整は可能ですか。 (はい ・ いいえ)

⑬ 輸液ルート・カテーテル供給は可能ですか。 (はい〈取り寄せ含む〉 ・ いいえ)

⑭ 衛生材料の供給は可能ですか。 (はい〈取り寄せ含む〉 ・ いいえ)

⑬最後に、薬局名をご記入ください。

薬局名 _____

以上です。ご回答ありがとうございました。