

この様式例は例示であって、内容は「服薬指導計画について」を参照の上、必要時に  
 応じて変更等を行い、薬局及び利用者の個々の実態に則した計画とすること。

服薬指導計画（様式例）

薬局名称  
 薬局所在地  
 登録番号 号  
 （登録年月日 年 月 日）

薬剤遠隔指導等を受ける利用者	氏名  (男・女)
	生年月日 (M・T・S・H・R) 年 月 日
	住所及び連絡先 〒 —
	TEL ( )
対面での服薬指導が困難である理由	<p>(仕事・子育て・介護・薬局都合・その他)</p> <p>※ 薬局都合・その他の場合は詳細を記載</p> <p>※ 「当該利用者又は薬局開設者の事情により、対面での服薬指導が困難な場合」とは、かかりつけ薬剤師・薬局と利用者居宅との距離が離れている場合、利用者の希望する頻度や時間どおりにかかりつけ薬剤師・薬局が在宅訪問を行えない場合等をいうこと。</p>
薬剤遠隔指導等で取り扱う薬剤の種類及びその授受に関する事項	
薬剤遠隔指導等並びに対面による薬剤の適正な使用のための情報の提供及び薬学的知見に基づく指導の組合せに関する事項	<p>※ 薬剤遠隔指導等と直接の対面での服薬指導の組み合わせに関する事項（頻度やタイミング等）を規定すること。</p>
薬剤遠隔指導等を行うことができない場合に関する事項	<p>※ 薬剤遠隔指導等を行わないと判断する条件と、条件に該当した場合に対面での服薬指導に切り替える旨（情報通信環境の障害等により薬剤遠隔指導等を行うことができなくなる場合を含む。）を規定すること。</p>

その他薬剤遠隔指導等において必要な事項		
薬剤遠隔指導等の時間に関する事項（予約制等）		
薬剤遠隔指導等の方法に関する事項	使用する情報通信機器	装置（スマートフォン・タブレット・パーソナルコンピュータ・その他） ※ その他の場合は詳細を記載
		メーカー
		機種名（型番等）
	家族等の支援者の同席の有無	同席者（有・無） ※ 有の場合は詳細を記載 家族等の支援者・その他の看護者（            ）
その他の事項		
利用者の協力に関する事項		※ 薬剤遠隔指導等においては、対面の服薬指導に比較して得られる情報が限られることを踏まえ、利用者が遠隔指導等に対し積極的に協力する必要がある旨。
急病急変時の対応方針		特定処方箋を交付する医師又は歯科医師が勤務する病院又は診療所その他の関係医療機関との連絡体制
		必要な場合の利用者搬送等の方法等
セキュリティリスクに関する関係者の責任の範囲		

<p>利用者の薬剤服用歴等を一元的・継続的に把握する方法</p>	<p>※ 薬剤師と利用者との信頼関係の下、当該薬剤師は、当該患者の服薬情報を一元的かつ継続的に把握すべきであること。</p>
<p>本事業により生じる利用者の利益・不利益の説明に関する事項</p>	<p>※ 利用者は薬剤遠隔指導等の利益及び不利益を理解した上で薬剤遠隔指導等を希望すべきであること。</p>
<p>特定処方箋を交付する医師又は歯科医師の連携に関する事項</p>	<p>※ 服薬指導計画をあらかじめ共有するなど、薬剤師と特定処方箋を交付する医師又は歯科医師の連携がとられているべきであること。</p>

利用者

私は本服薬導計画の内容を確認し、本事業に参加することに同意します。

年 月 日

住所

\_\_\_\_\_  
氏名（署名又は記名・押印）

\_\_\_\_\_  
⑩

私は本事業の実施に当たり、千葉市に以下の情報を提供することに同意します。

- (1) 氏名、性別、生年月日、住所及び電話番号並びに当該利用者に係る特定処方箋により調剤された薬剤の種類その他利用者が受けている薬剤遠隔指導等に関する事項
- (2) 薬剤遠隔指導等を実施する薬局及び関係医療機関の緊急時の電話番号その他の連絡先

また、医療安全上の観点からその必要性がある場合には、薬剤遠隔指導等に係る情報及び個人情報（氏名、連絡先等）を実施事業者及び千葉市が関係機関等に提供することに同意します。

年 月 日

住所

\_\_\_\_\_  
氏名（署名又は記名・押印）

\_\_\_\_\_  
⑩

実施事業者

私は本事業を本服薬指導計画に則り実施します。

年 月 日

住所（法人にあっては主たる事務所の所在地）

\_\_\_\_\_  
氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

\_\_\_\_\_  
⑩

※個人情報の提供に関する同意書については、別様式によることも可とする。