大崎市在宅医療・介護連携推進事業

大崎市医療・介護資源マップ変更申請書（薬局用）

記　入　日　　令和　　年　　月　　日

事業所名

記入者名

　大崎市のホームページにある「おおさきわが街ガイド」に追加された「大崎市医療・介護資源マップ」にて変更箇所がある場合には，**変更箇所のナンバーを〇で囲い**，変更内容のみを記入の上，**社会福祉課（ＦＡＸ ２２－９０４７ または，メールshafuku@city.osaki.miyagi.jp）**まで送信お願いします。

１基本情報

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NO | 項　　　目 | | 変 更 内 容 | | | | | | |
| １ | 事業所名 | |  | | | | | | |
| ２ | 責任者名 | |  | | | | | | |
| ３ | 郵便番号・所在地 | | 〒 | | | | | | |
| ４ | 電話番号・FAX番号 | | ☎  FAX | | | | | | |
| ５ | 営業時間 | | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
| 午前 | ～ |  |  |  |  |  |  |  |
| 午後 | ～ |  |  |  |  |  |  |  |
| ※備考 | | | | | | | | |
| ６ | 定休日 | |  | | | | | | |
| ７ | ホームページ | | 無・有（ ） | | | | | | |
| ８ | メールアドレス | | 無・有（ ） | | | | | | |
| ９ | ２４時間対応 | |  | | | | | | |
| １０ | 担当者氏名 | |  | | | | | | |
| １１ | ケース会議の参加可能な時間帯 | |  | | | | | | |

２．在宅患者訪問薬局情報（当てはまる項目に○をつけて下さい）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NO | 項　　目 | 記　入　欄 |
| １ | 薬の一包化 |  |
| ２ | 調剤時の薬袋への工夫 |  |
| ３ | 飲みやすさへの工夫（錠剤等） |  |
| ４ | 在宅患者訪問薬局管理指導届出 |  |
| ５ | 無菌調剤 |  |
| ６ | 医療用麻薬の対応 |  |
| ７ | 点滴等注射剤の調剤 |  |
| ８ | 主な対応地域 | 古川・松山・三本木・鹿島台・岩出山・鳴子・田尻 |

３．アピールポイント

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |