

|                |                            |                    |   |      |       |       |     |
|----------------|----------------------------|--------------------|---|------|-------|-------|-----|
| 種 別            | 4 保険調剤薬局                   |                    | マップNo. ③1   |      |       |       |     |
| 事業所名           | 田村薬局                       |                    |  |      |       |       |     |
| 法人名            | 有限会社 田村薬店                  |                    |   |      |       |       |     |
| 住 所            | 〒716-1122 加賀郡吉備中央町竹荘 491-9 |                    |   |      |       |       |     |
| 管 理 者          | 西山 佳子                      |                    |   |      |       |       |     |
| 連携窓口           | 職種：薬剤師 氏名：西山 佳子            |                    |   |      |       |       |     |
| 営業日            | 月曜日～金曜日                    | 休業日                | 土曜日・日曜日・祝日  |      |       |       |     |
| 営業時間           | 10:00～18:00                | 休日対応               |   |      |       |       |     |
| T E L          | (0866) 54-9010             | Eメール               |   |      |       |       |     |
| F A X          | (0866) 54-9010             | ホームページ             |   |      |       |       |     |
| 在宅医療への取組       | 対応可能○・要相談△                 |                    | 備 考   |      |       |       |     |
|                | ○                          | 薬の一包化              |   |      |       |       |     |
|                |                            | 袋に月日・朝夕の記載         |   |      |       |       |     |
|                |                            | 袋に患者の名前の記載         |   |      |       |       |     |
|                | ○                          | 錠剤の粉碎              |   |      |       |       |     |
|                | ○                          | 麻薬の届出              |   |      |       |       |     |
|                | ○                          | 薬の配達               |   |      |       |       |     |
|                | ○                          | 服薬管理指導（薬の説明、残薬管理等） |   |      |       |       |     |
|                | ○                          | 薬歴管理（飲み合わせ等）       |   |      |       |       |     |
|                | △                          | 居宅療養管理指導           |   |      |       |       |     |
|                | サービス担当者会議への参加              |                    |   |      |       |       |     |
|                | 入退院時カンファレンスへの参加            |                    |   |      |       |       |     |
| サービス計画書        | □在宅訪問をしている患者について必要 ■必要なし   |                    |   |      |       |       |     |
| 薬剤師との面談方法の優先順位 | 直接面談                       | 往診同席               | 外来同席  | 電話連絡 | FAX連絡 | メール連絡 | その他 |
|                |                            |                    |   |      |       |       |     |
| 相談等可能な時間帯      | 曜 日                        | 月曜日～金曜日（祝日を除く）     |   |      |       |       |     |
|                | 時間帯                        | 11:00～16:00        |   |      |       |       |     |
| 特 徴            |                            |                    |   |      |       |       |     |