ご提出先：高知県薬剤師会　FAX ０８８－８２２－８７３４

令和７年８月28日（木）までに、必ずご提出をお願いします。

別紙

**「令和７年度　市町村と連携した服薬指導事業」参加アンケート（高陵支部）**

薬局名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　回答者氏名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

薬局の所在市町村（　　　　　　　　　　　　　　）

＜本事業における薬剤師の役割＞

（１）お薬相談通知書の内容を確認し、健康被害の懸念を判断

（２）レセプト（複数ヶ月分の医科及び調剤レセ）を確認し、健康被害の懸念を判断

・お薬相談通知書の確認、レセプト確認は中土佐町役場において、平日の市町村役場の業務時間帯（所要時間１～２時間/回程度）に行います。

・令和７年９月～令和８年３月までに各３回程度の実施を予定しており、延べ１２人以上の薬剤師の参加を予定しています。

・実施日については、参加薬剤師全員のご都合を踏まえ、福祉保健所が中土佐町と調整します。

・原則、複数名（２名以上/回）の薬剤師で確認をしていただき、報告書を作成いただきます。

・本事業参加に伴う報償費（レセプト等の確認や報告書作成）及び旅費を支給いたします。

**設問．事業へのご参加についてお答えください。**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ※１．２の場合は必ずメールアドレスをご記入ください。

９月上旬にオンライン説明会（平日・19時頃から）を実施します。説明会はメールでご案内しますので、メールアドレスをご記入ください。

メールアドレス（　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

１．可能な範囲で参加する。（　　　 　名 ）

２．説明会に参加して判断したい。

３．参加は困難である。

アンケートは以上です。

本事業の取り組みのなかで、個別介入が必要な対象者がいた場合（別添１スキーム（３））は、本事業への参加の有無にかかわらず、保険者（中土佐町）と連携して、対象者のかかりつけ薬局等へご相談させていただきます。