

「かかりつけ薬剤師」に関するアンケート

私たちは、地域の皆様のお役に立てる「かかりつけ薬剤師」を目指しております。

サービス向上のためアンケートへのご協力をよろしくお願いいたします。

年齢 _____ 歳 性別 男 ・ 女

① 当薬局でお渡しする薬以外でお使いの薬はありますか？ はい ・ いいえ

(はいの方)それはどんな薬ですか？○をつけてください⇒ 病院の薬 ・ 市販の薬 ・ 健康食品

② ご自宅に残っている薬はありますか？ はい ・ いいえ

(はいの方)それは何日分くらいですか？ _____ 日分 ・ 不明

③ あなたが薬剤師に求めることはどんなことでしょうか？

それぞれの項目について、あなたにとっての必要度合いを5段階でお答えください。

	い ら な い		あ る と 良 い		必 要
1 あなたの薬に関する情報を記録・管理している	1	2	3	4	5
2 他にかかっている医療機関の事も把握している	1	2	3	4	5
3 24時間いつでも気軽に相談できる	1	2	3	4	5
4 あなたの担当医師とコミュニケーションが取れる	1	2	3	4	5
5 ご自宅に伺い、お薬の説明や整理ができる(寝たきり等の場合)	1	2	3	4	5
6 薬剤師としての勤務経験が豊富	1	2	3	4	5
7 この薬局に長期間勤務している	1	2	3	4	5
8 市販薬・健康食品の知識が豊富	1	2	3	4	5
9 病院のお薬・病気の知識が豊富	1	2	3	4	5
10 薬や健康に関する相談会を実施する	1	2	3	4	5
11 いつも同じ薬剤師が、あなたの担当をする	1	2	3	4	5
12 病気や健康のことについてアドバイスをくれる	1	2	3	4	5
13 自分や自分の家族のことをよく知っている	1	2	3	4	5
14 地域の医療機関や介護施設の情報を把握し、適切に取り次いでくれる	1	2	3	4	5
15 あなたのお薬に関する情報を全て把握し、いつでも相談ができる「かかりつけの薬剤師」を利用したいと思いますか？	1	2	3	4	5

その他、あなたが「薬剤師」に求めることがあればご記入ください

ご協力ありがとうございました。