

# 第 1 回抗がん薬の薬局連携充実地域研修会の参加報告

(一人一枚でご使用ください。)

表記の研修会を視聴しましたので、報告します。

施設名	
氏名	

**参加報告締切日：2020年10月1日（木）**

## ① FAX での参加報告

当院薬剤部まで FAX にて参加報告ください。

**FAX 06-7501-1404**

## ② メールでの参加報告

下記メールアドレスへ参加報告ください。

**E-mail : [kuroiwa.hayato@b4.kepco.co.jp](mailto:kuroiwa.hayato@b4.kepco.co.jp) (担当：黒岩)**

当院は、外来化学療法加算 1 連携充実加算 の施設基準を満たしています。

また、本研修会は薬剤服用歴管理指導料 特定薬剤管理指導加算 2 の施設基準に該当する研修会です。

今後も継続して研修会を企画する予定ですので、ぜひご参加ください。

次ページのアンケートにご協力ください。

関西電力病院 薬剤部

『第1回抗がん薬の薬局連携充実地域研修会についてのアンケート』

アンケート結果は個人情報保護に基づいて適切に取り扱い、個人が特定できないよう匿名化して集計します。  
なお、集計結果は、学会報告、論文報告に使用する可能性があります。

1. 本アンケート内容を匿名化し、公表してもよろしいですか。 【 可 ・ 否 】
2. 所属施設は保険薬局ですか。 【 はい ・ いいえ 】
3. 【第1回抗がん薬の薬局連携充実地域研修会】の開催を何で知りましたか。【 】  
① 当院からの案内（FAX、メール） ② 当院ホームページ ③ 知り合いからの紹介  
④ グループ薬局からの紹介 ⑤ その他（ ）
4. 貴施設での薬剤服用歴管理指導料 特定薬剤管理指導加算2の算定状況を教えてください。  
 1カ月平均 【 】件 その内、関西電力病院からの処方【 】件  
 算定していない
5. 今回の研修会は総合的にどのくらい満足していますか。また、その理由を教えてください。  
① 満足 ② やや満足 ③ どちらともいえない ④ やや不満 ⑤ 不満  
【 : 】
6. 今後、研修会で聞きたい内容があれば教えてください。  
【 】
7. 薬・薬連携のない状態で処方された経口抗がん薬を手渡すときに困ることは何ですか。  
(複数回答可)  
 投与スケジュール（休薬期間・時期）がわからない  
 告知の有無がわからない  
 用量（体表面積や腎機能に対して）が適切か判断できない  
 副作用の説明  
 残薬の管理
8. 当院のおくすり手帳用シールに記載されている内容（レジメン名、薬品名（支持療法を含む）、副作用発現状況）以外に記載があれば有用だと思える情報があれば教えてください。  
【 】
9. 薬-薬連携が有用だったエピソードがあれば教えてください。  
【 】

アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。

関西電力病院 薬剤部