

第 520 回薬事情報センター定例研修会開催のお知らせ

謹啓 時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、この度、標記研修会を次のとおり開催致します。

つきましては、万障お繰合せの上、ご出席賜りますようお願い申し上げます。

謹白

日時 2019年 2月9日(土) 15時00分～17時00分

場所 広島県薬剤師会館 2階 ふたばホール

住所：広島市東区二葉の里 3-2-1

㊤広島県薬剤師会館は、移転しました㊦

受講料 1,000円

(※当日、受付にてお支払い願います。お釣りのないようご協力をお願いします。)

プログラム

情報提供 薬事情報センターだより

15:00～15:20

特別講演

座長 広島県薬剤師会理事 新井茂昭 先生

「これからの薬剤師に求められる

15:20～17:00

がん薬物療法マネジメント」

広島大学病院 薬剤部 櫻下弘志 先生

※日本薬剤師研修センター認定研修会（1単位）

- ・研修受講シールは、研修会終了後、事前に配布した交換券と引き替えにお渡しいたします。
- ・遅刻者および早退者は、原則、研修受講シール発行の対象外となります。
- ・発行した研修受講シールを紛失した場合、再発行しませんので、各自厳重に管理願います。

※天候等により、開催日時を変更する場合は、広島県薬剤師会ホームページ研修会カレンダーの本研修会ご案内詳細にて、当日10時までにお知らせします。

主催：(公社)広島県薬剤師会 薬事情報センター

次ページに「申込要領」「アンケートご協力のお願ひ」を記載しました。

◆第 520 回 薬事情報センター定例研修会 [2019 年 2 月 9 日(土)] 申込用紙

【問合せ・申込み先】 広島県薬剤師会 薬事情報センター

TEL:082-567-6055 FAX:082-567-6050 MAIL:di@hiroyaku.or.jp

勤務先、ご所属 (病院名・薬局名等)	ふりがな ご氏名	ご連絡先	広島県薬剤師会 会員の方は、○印
講師へのご質問がございましたら、ご記入ください。			

※ 資料準備のため 2019 年 2 月 5 日 (火) までに当センターにお申し込みください。

当日は、参加確認のため、ご氏名、ご所属(病院名・薬局名等)、ご連絡先をお伺いします。なお、ご記入いただきました個人情報は、本研修会の出席者名簿の作成及び次回のご案内のために、共催関係者のみで使用し、ご本人の同意のないまま第三者に開示・提供することはありません。また、適切に管理し、個人情報保護に努めますので、何卒、ご理解とご協力をお願い申し上げます。

◆アンケート ご協力をお願い

薬事情報センターでは、モバイル(動く)D I 室事業を通じて、「薬局でプレアボイドできた事例※」を収集し、日常業務の一助となる良い事例について、会員の先生方と情報共有しております。つきましては、先生方が経験されたプレアボイドに関するアンケートへのご協力をお願いします。

※「薬局プレアボイド事例」：薬局薬剤師が患者情報を的確に収集し、適正な処方チェック、薬学的患者ケアを実践し、有害反応、治療不十分、精神的不安、経済的損失等を回避或いは軽減した事例

次の質問について、当てはまるものに✓チェック下さい。

1. 疑義照会して薬剤を変更されたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2. 疑義の発端となった情報はなんですか？(複数可)	<input type="checkbox"/> 処方箋記載内容 <input type="checkbox"/> お薬手帳 <input type="checkbox"/> 薬歴 <input type="checkbox"/> 患者の症状 <input type="checkbox"/> 患者・家族の訴え <input type="checkbox"/> 医師・看護師等からの相談 <input type="checkbox"/> その他 ()	
3. 疑義照会后、処方を変更された理由はなんですか？(複数可)	<input type="checkbox"/> 重複投与(同成分) <input type="checkbox"/> 重複投与(同効薬) <input type="checkbox"/> 過量投与 <input type="checkbox"/> 患者背景に帰属 <input type="checkbox"/> 合併症 <input type="checkbox"/> 腎機能障害 <input type="checkbox"/> 肝機能障害 <input type="checkbox"/> アレルギー歴 <input type="checkbox"/> 患者持参の臨床検査値 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 禁忌・併用禁忌 <input type="checkbox"/> 相互作用 <input type="checkbox"/> 副作用・有害事象 <input type="checkbox"/> 名称類似 <input type="checkbox"/> 一般名処方 <input type="checkbox"/> 後発医薬品への変更 <input type="checkbox"/> 残薬 <input type="checkbox"/> その他 ()	
4. どのような項目を変更されましたか？(複数可)	<input type="checkbox"/> 用法変更 <input type="checkbox"/> 薬剤中止 <input type="checkbox"/> 薬剤変更 <input type="checkbox"/> 薬剤追加 <input type="checkbox"/> 薬剤増量 <input type="checkbox"/> 薬剤減量 <input type="checkbox"/> 剤形変更 <input type="checkbox"/> 投薬方法変更 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> その他 ()	
5. 上記の内、心に残っている“患者の危険を回避できた事例”、あるいは“より良い薬物治療につながった事例”を記入してください。		

薬局名

氏名

連絡先 電話番号：

E-mail：

記入された内容に関して問い合わせさせていただく場合があります。

ご協力ありがとうございました。

(公社) 広島県薬剤師会薬事情報センター