

特定薬剤管理指導加算 2 に係る届出書

|   |           |      |
|---|-----------|------|
| 1 業務を実施する保険薬剤師としての勤務経験を 5 年以上有する保険薬剤師の氏名等     | 保険薬剤師の氏名  | 勤務経験 |
|   |           | 年    |
|   |           | 年    |
|   |           | 年    |
|   |           | 年    |
| 2 患者のプライバシーに配慮した服薬指導の方法<br>(配慮方法) (具体的に記入)    |           |      |
| 3 麻薬小売業者免許証の番号                                |           |      |
| 4 保険医療機関が実施する抗悪性腫瘍剤の化学療法に係る研修会への出席状況 (直近 1 年) | 実施保険医療機関名 | 出席回数 |
|   |           | 回    |
|   |           | 回    |
|   |           | 回    |

[記載上の注意]

- 1 「1」については、保険医療機関で薬剤師としての勤務経験が 1 年以上ある場合、1 年を上限として薬局の勤務経験の期間に含めることができる。
- 2 「4」については、同一の研修会に複数名の保険薬剤師が参加した場合であっても、出席回数は 1 回と数えること。