令和元年９月 18 日

事業参加薬局各位

一般社団法人　長崎県薬剤師会会長　田代浩幸

アンケートご協力のお願い

資料５

平素より会務運営につきましてご理解、ご協力頂き厚く御礼申し上げます。
この度は「患者のための薬局ビジョン推進事業」にご協力賜りましたこと厚く御礼申し上げます。
今回の事業を検証し、会員の地域活動の支援に活かして行くため、下記アンケートに回答をお願いいたします。
つきましては、 10 月 31 日（木）までに、諫早市薬剤師会へ FAX（0957-27-1131）をお願いいたします。

質問１　今回の事業を行った結果、健康サポート薬局の認定を受けようと思いましたか？
１）今回申請予定　　２）思う　　３）思わない　　４）既に認定済み
３）思わないと答えた方へ理由を教えて下さい（　　）

質問２　今後薬局で地域住民向けのイベントを開催しようと思いますか？
１）毎月開催したい　　２）年に数回開催したい
３）２～３年に数回開催したい　　４）開催するつもりはない

質問３　今回のイベントではどのような取り組みを行いましたか？（複数回答可）
１）お薬・健康食品相談　２）健康・介護相談　３）血圧・体組成測定　４）HbA1c 測定
５）試飲・試食会　６）勉強会・講習会（　　）
７）その他（　　）

質問４　健康サポート薬局取得にあたって困難だと思うものを挙げて下さい。（複数回答可）
１）技能習得型研修（研修会Ａ及びＢ）　２）知識習得型研修（e-ラーニング）
３）ＯＴＣ（４８薬効群）の品揃え　４）ＯＴＣの販売方法・表示などの取扱
５）５年間の実務経験　６）健康サポート薬局申請までの手続き
７）地域包括ケアシステム理解のための講習
８）その他（　　）

質問５　今回のイベントを行ったことで薬局スタッフの意識に変化はありましたか？
１）非常に意欲的になった　２）少し意欲的になった
３）あまり変化はなかった　４）全く変化はなかった

質問６　今回のイベントで来局者に対し受診勧奨などを行った事例がありましたか
１）ある　２）ない

質問７　質問６であると答えた方に質問します
何件位の受診勧告がありましたか　　件
もしよろしければ症例を教えてください

アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。