

薬局実務実習モデル・コアカリキュラムSBO別評価表

学生氏名

(社) 岡山県薬剤師会会営薬局

L S	S B O s	評価方法	評価時期	評価日	評価者
305	①処方せんが正しく記載されていることを確認できる。 (技能)	実地試験 シミュレーション	305① 終了時	/	

模擬処方せん（2007E-1, 2007E-2）での演習により、実地試験を行う。

薬局実務実習モデル・コアカリキュラムSBO別評価表

学生氏名

(社)岡山県薬剤師会会営薬局

L S	S B O s	評価方法	評価時期	評価日	評価者
305	②処方せんに記載された処方薬の妥当性を、医薬品名、分量、用法、用量、薬物相互作用などの知識に基づいて判断できる。(知識・技能)	実地試験 シミュレーション	305 実習中	/	

模擬処方せん（2007EE-1、2007EE-2）での演習により、実地試験を行う。

薬局実務実習モデル・コアカリキュラムSBO別評価表

学生氏名

(社)岡山県薬剤師会会営薬局

L S	S B O s	評価方法	評価時期	評価日	評価者
306	薬歴簿を参照して処方内容の妥当性を判断できる。 (知識・技能)	シミュレーション 実地試験	306 実習中	/	

1. 模擬処方せん・模擬薬歴簿により、シミュレーションテストを行う。

必須模擬処方せん番号：2007P306

2. 実際の調剤時に実地試験を行う。

薬局実務実習モデル・コアカリキュラムSBO別評価表

学生氏名

(社)岡山県薬剤師会会営薬局

L S	S B O s	評価方法	評価時期	評価日	評価者
307	疑義照会の行い方を身につける。(知識・態度)	口頭試験	307 実習中	/	

項目	はい	いいえ	評価日	評価者
307 疑義照会時の行い方について、説明できましたか？ 1. 電話による疑義照会の以下の手順について、説明できた。 ○ダイヤルする前に、十分な下調べをする。(代替案も考えておく) ○自分の所属と名前を名乗り、電話の目的を説明し、誰につないでほしいか伝える ○電話の相手を確認し、所属と名前を名乗る ○挨拶をし、医師の状況を確認する ○疑義照会の内容を適切に伝える ○医師の回答を復唱し、再度同意を得る ○お礼の言葉を述べる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	
2. 疑義照会後の記録事項について説明できた。 ○問い合わせ日時 ○問い合わせた薬剤師名 ○対応した医師名 ○問い合わせ方法(電話、文書、面談など) ○問い合わせの内容 ○医師の回答の内容	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	

薬局実務実習モデル・コアカリキュラムSBO別評価表

学生氏名

(社)岡山県薬剤師会会営薬局

L S	S B O s	評価方法	評価時期	評価日	評価者
308	疑義照会事例を通して、医療機関との連携、患者への対応をシミュレートする。(技能・態度)	シミュレーション	308 実習中	/	

模擬症例に基づき、患者への服薬指導→患者の訴えから医師への疑義照会→患者への対応について、薬剤師を患者・医師役にロールプレイを行い、評価する。

点/32点

模擬症例患者名 () 患者役氏名 () 医師役氏名 ()

項目	できた	中程度できた	できなかった
1. 患者背景および処方せん内容から、患者に対し服薬指導のロールプレイを行うことができたか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 患者の訴えを理解し、それに対し対処の方法を考えることができたか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 疑義照会のロールプレイを手順に従い行うことができたか。			
1) ダイヤルする前に、十分な下調べをすることができたか。	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
2) 自分の所属と名前を名乗り、電話の目的を説明し、誰につないでほしいか伝えることができたか。	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
3) 電話の相手を確認し、所属と名前を名乗ることができたか。	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
4) 挨拶をし、医師の状況を確認することができたか。	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
5) 疑義照会の内容を適切に伝えることができたか。	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
6) 医師の回答を復唱し、再度同意を得ることができたか。	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
7) お礼の言葉を述べることができたか。	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
4. 疑義照会の結果に基づき、患者に対し適切な対応ができたか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 疑義照会後の記録事項について適切に記入できたか。			
1) 問い合わせ日時	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
2) 問い合わせた薬剤師名	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
3) 対応した医師名	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
4) 問い合わせ方法 (電話、文書、面談など)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
5) 問い合わせの内容	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
6) 医師の回答の内容	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

薬局実務実習モデル・コアカリキュラムSBO別評価表

学生氏名

(社)岡山県薬剤師会会営薬局

L S	S B O s	評価方法	評価時期	評価日	評価者
309	薬袋、薬札に記載すべき事項を列挙できる。【知識】	口頭試験 実地試験	309 開始時 実習期間	/	

法令（薬剤師法第 25 条、薬剤師法施行規則第 14 条）に基づき、薬袋・薬札に記載しなければいけない事項について、学生が述べることができた項目に✓を記入。

点 / 6 点

- 患者氏名
- 用法
- 用量
- 調剤年月日
- 調剤した薬剤師の氏名
- 調剤した薬局の名称および所在地

実地試験として、実際の処方せんに基づいて、薬袋や薬札を作成する。(処方内容を添付)

- 全て正しく記載できた。
- 記載もれ、記載ミスがあった。

薬局実務実習モデル・コアカリキュラムSBO別評価表

学生氏名

(社)岡山県薬剤師会会営薬局

L S	S B O s	評価方法	評価時期	評価日	評価者
310	①処方せんの記載に従って正しく医薬品の取りそろえができる。(技能)	実地試験	310① 終了時	/	

実地試験を行うことを学生に告げて、実際の処方せんで行う。(処方内容を添付)

- 正しく取りそろえができた。
 正しく取りそろえできなかった。
- 計数の誤り (正 誤)
 - 同じ医薬品の規格の誤り (正 誤)
 - 同じ医薬品の剤形の誤り (正 誤)
 - 全く他の医薬品を調剤 (正 誤)

薬局実務実習モデル・コアカリキュラムSBO別評価表

学生氏名

(社)岡山県薬剤師会会営薬局

LS	SBOs	評価方法	評価時期	評価日	評価者
310	④医薬品の識別に色、形などの外観が重要であることを、具体例を挙げて説明できる。	レポート 実習書	実習期間	/	

医薬品の識別に色、形などの外観が重要であることを、具体例を挙げて説明できるかどうか、筆記試験および実習書の記載から評価する。

薬局実務実習モデル・コアカリキュラムSBO別評価表

学生氏名

(社) 岡山県薬剤師会会営薬局

L S	S B O s	評価方法	評価時期	評価日	評価者
310	⑨代表的な医薬品を色・形、識別コードから識別できる。 (技能)	実地試験	実習中	/	

一包化された錠剤の識別を、実地試験として行う。(チェックテスト P310⑨医薬品の識別)

全て識別できた
 一部識別できた
 識別できなかった

薬局実務実習モデル・コアカリキュラムSBO別評価表

学生氏名

(社)岡山県薬剤師会会営薬局

L S	S B O s	評価方法	評価時期	評価日	評価者
311	①一回量（一包化）調剤を必要とするケースについて説明できる。【知識】	口頭試験	311 実習中	/	

<p>1. 一回量（一包化）調剤を必要とするケースについて、学生が述べることができた項目に✓を記入。</p> <p style="text-align: right;">点 / 3 点</p> <p><input type="checkbox"/> 疾患（リウマチ性疾患やパーキンソン病など）により、ヒートシールをはずすことが困難な場合</p> <p><input type="checkbox"/> 多剤併用により、ヒートシールでの服薬ではコンプライアンスが悪い場合</p> <p><input type="checkbox"/> 認知症により、服用方法がわからない場合</p>
<p>2. 一包化すべきでない薬剤について、学生が述べることができた項目に✓を記入。</p> <p style="text-align: right;">点 / 5 点</p> <p><input type="checkbox"/> 吸湿性がある薬剤</p> <p><input type="checkbox"/> 遮光保存の薬剤</p> <p><input type="checkbox"/> 口腔内崩壊錠など一包化することで壊れやすい薬剤</p> <p><input type="checkbox"/> 冷所保存の薬剤</p> <p><input type="checkbox"/> 体調や症状などにより、調節を必要とする薬剤</p>

薬局実務実習モデル・コアカリキュラムSBO別評価表

学生氏名

(社)岡山県薬剤師会会営薬局

L S	S B O s	評価方法	評価時期	評価日	評価者
311	②一回量（一包化）調剤を実施できる。（技能）	実地試験	実習期間	/	

実際の一包化指示のある処方せん調剤を実施することにより、実地試験を行う。（処方内容添付）

- 正確に一包化できた
 指導者が手助けをしてできた
 正確にできなかった

薬局実務実習モデル・コアカリキュラムSBO別評価表

学生氏名

(社)岡山県薬剤師会会営薬局

LS	SBOs	評価方法	評価時期	評価日	評価者
312	錠剤の粉碎、およびカプセル剤の開封の可否を判断し、実施できる。(知識・技能)	実地試験	実習期間	/	

粉碎調剤評価表を用いて実地試験として行う。(実際の処方せんがない場合は、模擬処方せんで行う)

薬局実務実習モデル・コアカリキュラムSBO別評価表

学生氏名

(社)岡山県薬剤師会会営薬局

L S	S B O s	評価方法	評価時期	評価日	評価者
313	①散剤、液剤などの計量調剤ができる。(技能)	実地試験	実習期間	/	
	②調剤機器(秤量器、分包機など)の基本的取扱いができる。(技能)	実地試験	実習期間	/	

実際の処方せん調剤時に、計量調剤評価表(散剤用、液剤用)を用いて実地試験として行う。

薬局実務実習モデル・コアカリキュラムSBO別評価表

学生氏名

(社) 岡山県薬剤師会会営薬局

L S	S B O s	評価方法	評価時期	評価日	評価者
315	調剤された医薬品に対して、鑑査の実務を体験する。 (技能)	実地試験	実習期間	/	

調剤された医薬品の鑑査を、実地試験として行う

項目	正確に鑑査 できた	体験 できた	体験でき なかった	評価日	評価者
錠剤、カプセル剤など計数調剤の鑑査が体験できた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	
一包化調剤の鑑査が体験できた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	
散剤の計量調剤の鑑査が体験できた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	
液剤の計量調剤の鑑査が体験できた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	

点/16点

調剤鑑査評価表：計数調剤用

学生氏名

実施日

評価者

(社) 岡山県薬剤師会会営薬局

【処方鑑査の確認】

項 目	はい：1点	いいえ：0点
処方せんに記載不備がないか確認できた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
薬歴への処方入力が正しいか確認できた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
薬歴・お薬手帳を参照し、処方内容・処方量が適切であるか確認できた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疑義照会が適切に行われているか確認できた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

【薬袋の確認】

項 目	はい：1点	いいえ：0点
患者氏名・用法用量・注意事項などの記載内容を確認できた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
調剤印を押すことができた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

【調剤薬の確認】

項 目	はい：1点	いいえ：0点
調剤された薬剤の薬品名・剤形・規格が正しいことを確認できた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
調剤された薬剤の数量が正しいことを確認できた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ヒートシールや包装に汚れや破損がないことを確認できた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
患者用説明書の添付を確認できた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
鑑査した薬剤を正しく薬袋に入れることができた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

【説明書等の確認】

項 目	はい：1点	いいえ：0点
薬剤情報文書の記載内容を確認し、薬剤師印を押すことができた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
お薬手帳の記載内容を確認し、薬剤師印を押すことができた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

【鑑査後の処理】

項 目	はい：1点	いいえ：0点
処方せんに薬剤師名、調剤年月日、薬局の名称など必要事項を記入できた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点／14点

調剤鑑査評価表：散剤用

学生氏名

実施日

評価者

(社) 岡山県薬剤師会会営薬局

【処方鑑査の確認】

項 目	はい：1点	いいえ：0点
処方せんに記載不備がないか確認できた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
薬歴への処方入力が正しいか確認できた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
薬歴・お薬手帳を参照し、処方内容・処方量が適切であるか確認できた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疑義照会が適切に行われているか確認できた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

【薬袋の確認】

項 目	はい：1点	いいえ：0点
患者氏名・用法用量・注意事項などの記載内容を確認できた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
調剤印を押すことができた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

【秤取量の確認】

項 目	はい：1点	いいえ：0点
調剤者が行った1日量および全量の計算が正しいか確認できた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
賦形剤の必要性を判断し、調剤者の計算が正しいか確認できた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
処方せんの薬剤名と鑑査システムの記録紙の薬剤名を照合できた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
計算値と記録紙の実測値を確認できた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

【調剤薬の確認】

項 目	はい：1点	いいえ：0点
分包された薬剤が処方薬剤であるか、色・粒子・臭いなどから確認できた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
分包数を確認し、空包や極端な分包誤差がないか目で見て確認できた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
分包された散剤の1日分の重量を、天秤で確認できた(風袋込み誤差2%以内)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
異物や他の散剤などが混入していないか確認できた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
全体の分包数を再確認し、患者用説明書等と薬袋に入れることができた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

【説明書等の確認】

項 目	はい：1点	いいえ：0点
薬剤情報文書の記載内容を確認し、薬剤師印を押すことができた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
お薬手帳の記載内容を確認し、薬剤師印を押すことができた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

【鑑査後の処理】

項 目	はい：1点	いいえ：0点
処方せんに薬剤師名、調剤年月日、薬局の名称など必要事項を記入できた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点/18点

調剤鑑査評価表：液剤用

学生氏名

実施日

評価者

(社) 岡山県薬剤師会会営薬局

【処方鑑査の確認】

項 目	はい：1点	いいえ：0点
処方せんに記載不備がないか確認できた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
薬歴への処方入力が正しいか確認できた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
薬歴・お薬手帳を参照し、処方内容・処方量が適切であるか確認できた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
配合変化（配合不適・配合注意）の有無を確認できた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疑義照会が適切に行われているか確認できた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

【薬札・ラベルの確認】

項 目	はい：1点	いいえ：0点
患者氏名・用法用量・保存方法（冷所保存、遮光保存）・用時振盪の指示などの記載内容を確認できた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
調剤印を押すことができた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

【秤取量の確認】

項 目	はい：1点	いいえ：0点
調剤者が行った秤取量の計算が正しいか確認できた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
賦形の有無（希釈調剤か原液調剤か）を考え、適切な大きさの投薬瓶が選択されているか確認できた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

【調剤薬の確認】

項 目	はい：1点	いいえ：0点
調剤された薬が処方薬かどうか、色調・におい・沈殿などから確認できた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
投薬瓶の目盛りの指示が正しいかどうか確認することができた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
異物の混入がないことを確認し、ラベルを貼ることができた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
スポイドやカップの添付を確認することができた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

【説明書等の確認】

項 目	はい：1点	いいえ：0点
薬剤情報文書の記載内容を確認し、薬剤師印を押すことができた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
お薬手帳の記載内容を確認し、薬剤師印を押すことができた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

【鑑査後の処理】

項 目	はい：1点	いいえ：0点
処方せんに薬剤師名、調剤年月日、薬局の名称など必要事項を記入できた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

調剤鑑査評価表：一包化用

学生氏名

実施日

評価者

(社) 岡山県薬剤師会会営薬局

【処方鑑査の確認】

項 目	はい：1点	いいえ：0点
処方せんに記載不備がないか確認できた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
薬歴への処方入力が正しいか確認できた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
薬歴・お薬手帳を参照し、処方内容・処方量が適切であるか確認できた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
一包化の可否について確認できた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疑義照会が適切に行われているか確認できた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

【薬袋の確認】

項 目	はい：1点	いいえ：0点
患者氏名・用法用量・注意事項などの記載内容を確認できた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
調剤印を押すことができた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

【調剤薬の確認】

項 目	はい：1点	いいえ：0点
調剤者が行った一包化の可否の判断や調剤方法が正しいか確認できた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
処方せんの内容とイーサーの指示書、ラベルおよび手蒔き薬剤のヒートシールが正しいことを確認できた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
分包された薬剤の薬品名・剤形・規格が正しいことを、識別コードをもとに確認できた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
異物の混入や錠剤・カプセル剤に汚れや破損がないことを確認できた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
全体の分包数を再確認し、患者用説明書等と薬袋に入れることができた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

【説明書等の確認】

項 目	はい：1点	いいえ：0点
薬剤情報文書の記載内容を確認し、薬剤師印を押すことができた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
お薬手帳の記載内容を確認し、薬剤師印を押すことができた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

【鑑査後の処理】

項 目	はい：1点	いいえ：0点
処方せんに薬剤師名、調剤年月日、薬局の名称など必要事項を記入できた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点／15点