

# 中華民國藥師公會全國聯合會 函

機關地址：臺北市民權東路一段六十七號五樓

電話：02-25953856

電子信箱：[pharma.cist@msa.hinet.net](mailto:pharma.cist@msa.hinet.net)

受文者：如正本受文者

發文日期：中華民國 99 年 7 月 30 日

發文字號：(99)國藥師瑞字第 991248 號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：課程表、報名表各乙份

主旨：說明台北業務組區辦理「藥事居家照護藥師培訓」乙事之報名和培訓相關訊息，請查照。

說明：

- 一、培訓時間：10 月 16 日、17 日、23 日、24 日培訓共四天，台北市、台北縣、基隆市、宜蘭縣、金門縣藥師公會同時舉行培訓課程。
- 二、培訓地點：台北縣藥師公會會館(台北縣三重市重新路 5 段 646 號 8 樓)
- 三、凡所屬藥師公會會員身份皆可報名參加，各區開課前 2 週報名截止並採額滿為止，詳細名額及報名請洽各所屬公會。如需跨區報名(如:台中縣會員報名東區課程)請會員將報名表 mail 至全聯會 [pharma.cist@msa.hinet.net](mailto:pharma.cist@msa.hinet.net) 並來電予曾小姐確認。
- 四、據(99)國藥師瑞字第 991012 號「全民健保高診次民眾就醫行為改善方案-藥事居家照護」各區召集人第一次會議紀錄函，附件二第五點及第六點，課程之地點安排、報名事項、餐點、學分卡印製分發等事宜皆由各分區承辦，全聯會負責講師費、講師與主持人交通費、講義印刷費、申請學分及學分認證費。
- 五、據上述會議紀錄的附件二第二點，由全聯會推薦講師名單，請各區召集人負責尋找講師，並以全聯會提供的教案發展上課內容。
- 六、據上述該會議紀錄，請將報名表資料依「分區」彙整為 EXCEL 檔後，回傳予分區召集人及全聯會曾小姐。

正本：台北市藥師公會、台北縣藥師公會、基隆市藥師公會、宜蘭縣藥師公會、金門縣藥師公會

副本：

理事長 連 瑞 猛

## 藥事居家照護藥師培訓課程(台北業務組區)

地點：台北縣藥師公會會館(台北縣三重市重新路5段646號8樓)

日期	課程名稱	時數
10/16	藥事照護之執行	3
	老人用藥評估工具簡介	1
	常見心血管疾病處方判讀及處置	3
	常見藥物不良反應之評估與通報	1
10/17	常見新陳代謝疾病處方判讀及處置	3
	管灌投與藥物時之潛在用藥安全議題	1
	藥物諮詢及溝通技巧	2
	處方整合與執行技巧	2
10/23	常見精神科及神經內科疾病處方判讀及處置	3
	藥事照護書面報告繕寫	1
	常見呼吸道疾病處方判讀及處置	2
	常見腎臟疾病處方判讀及處置	2
10/24	民眾健康照護行為心理	2
	失智症	2
	藥事照護個案討論_問題探討與解決	3
	筆試	1

(惟因講師安排因素，上述課程內容時間將會調動，但總時數不變，每日上課約8點至下午5點，待召集人確定講師後再將課表告知各公會)

※方式：各區開課前2週報名截止並採額滿為止，詳細名額及報名請逕洽各所屬公會。如需跨區報名(如:台中縣會員報名東區課程)請將報名表 mail 至全聯會 [pharma.cist@msa.hinet.net](mailto:pharma.cist@msa.hinet.net) 並來電予曾小姐確認。

※差旅費、交通費請自理，敬請見諒！

※本次培訓需全程參與才有繼續教育31小時學分證明(筆試1小時不列入學分)。

※本次培訓不收取報名費用，提供代訂便當，便當請自費。

※若全程參加過98年11月於台北縣及高雄市舉辦的「高診次居家照護藥師培訓課程」之藥師，可憑結業證書只報名筆試(只報名筆試者無學分數證明)。

※請攜帶健保卡簽到

※筆試資格：

藥師需全程參與培訓課程才能取得筆試資格，筆試時間為課程第四天的最後一小時，包括十題選擇題(每題8分)及一~二題簡答題(20分)，總得分75分以上者視為及格。

※培訓後續事宜：

筆試及格者若需要實習，須向各分區召集人報名，以安排至醫院、長照機構或居家做實習。實習至少五個病人，費用1,000元繳交給該縣市藥師公會，由該公會安排實習地點。實習指導藥師須負責指導病例之評估、擬定照顧計畫、安排追蹤、同時每一案例書寫一份照護報告(全聯會格式)，以及指導口頭報告之準備。

欲獲得長照藥事照護資格者，須筆試通過、實習後再經兩個案例口頭報告及格。而欲參與健保局之高診次藥事居家照護資格者，必須符合兩個條件：(1)服務於兩人執業之社區藥局，(2)獲得藥師公會全聯會之推薦。凡經過32小時培訓，筆試及格，經過實習五個案例(附上書面報告)者，可向各縣市公會申請口頭案例報告(先前實習的案例中自選兩個案例做口頭報告)。口頭報告地點可安排在各縣市藥師公會，由公會自選一位評審加上全聯會藥事照護發展中心一位評審，兩人做評估。

## 藥事居家照護藥師培訓報名表

報名場次\_\_\_\_\_

姓名		(西元) 出生日期	年 月 日	<input type="checkbox"/> 葷 <input type="checkbox"/> 素
身分證號 (必填)		行動電話 (必填)		
通訊地址 (必填)	□□-□□			
服務單位		職 稱		
所屬公會		藥 師 證 號 ( 必 填 )		
聯絡電話		傳真電話		
e-mail (必填)				

