

5月10月
開講



トリニティ通信添削講座 OTC医薬品相談販売コース

トリニティ通信添削講座の学習の目標は“知識・技術・やる気”の三要素の修得!

ネオフィスト研究所では、医薬分業の発祥の地であるドイツの薬局視察を通じて、コミュニティファーマシー(=地域密着型薬局)の創造を目指しています。コミュニティファーマシーの業務の3本柱は、調剤(薬歴&服薬支援を含む)、OTC医薬品を含めた医薬品の供給、高齢者・在宅患者支援と考えます。このコースではOTC医薬品の相談販売能力を高めていきます。

この講座 の特徴

「健康サポート薬局」の役割の一つとして要指導医薬品等の相談販売があげられます。OTC医薬品のネット販売も解禁になった昨今、リアル店舗におけるOTC医薬品等の販売を通じたセルフメディケーショントリアージ、服薬指導や生活アドバイスはますます重要になってきています。

このコースでは、「OTC医薬品相談販売プロト

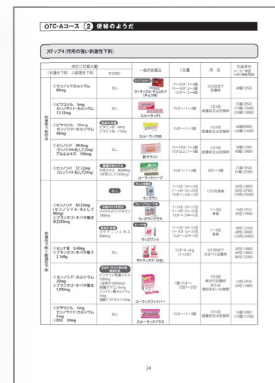
コール」という販売手順(症状の訊きとり→アセスメント→受診勧奨又はOTC医薬品の選択)を用い、生活者の訴える症状に応じた対応を学んでいきます。これすなわち頭をSOAP回転していくことです。「OTC医薬品相談販売プロトコール」はカナダのOTC教科書「Patient Self-Care」を参考としています。

コース名(送付回数)	学習する内容	学習の進め方	受講期間
0コース (全12回)	<ol style="list-style-type: none"> 1. OTC医薬品の販売プロトコール 2. 頭が痛い 3. かぜをひいたようだ 4. 胃の調子が悪い 5. おなかの調子が悪い 6. 肩や腰、関節が痛い 7. 花粉症のようだ 8. 便秘のようだ 9. 喉の調子が悪い 10. 湿疹、かぶれ、虫さされ 11. 目の調子が悪い 12. 水虫のようだ 	<p>*教材は自習課題(自宅学習)と添削課題からなる</p> <p>■自習課題</p> <ul style="list-style-type: none"> •OTC医薬品相談販売演習問題 •OTC医薬品相談販売演習問題の解答と解説 •知識のおさらい <p>疾患(例えばかぜ)について 疾患(例えばかぜ)の時の薬局における相談販売のながれ 一般用医薬品(例えばかぜ薬)の選び方 販売時に必要な情報提供 日常生活についての支援</p> <p>■添削課題 課題[確認問題と実践問題]を解いて 期限までにFAX</p>	約12ヶ月

受講者の声

- カラーのパッケージ写真付で、商品の違いや説明文が分かりやすいです。
- 今まで使い分けがはっきり理解出来ていなかった商品群について、商品の違い、使い分けが勉強できました。
- その日から使える具体的で丁寧な内容で処方箋調剤の対応にも役立ちました。

教材の例



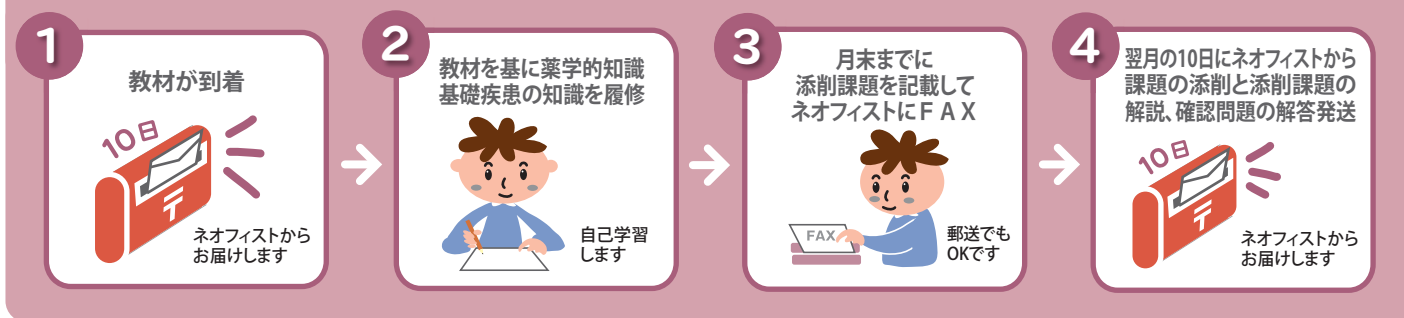
各コース好評開講中! 資料請求やお問い合わせは下記ホームページからお進みください。

www.neophist.co.jp



有限会社 ネオフィスト研究所
〒153-0063 東京都目黒区目黒1-6-23
TEL:03-6303-9031 FAX:03-5759-1724

トリニティ通信添削講座のながれ



受講申込書
(FAXまたは郵送)

FAX,または
郵送で申込み

WEBから申込み

下記申込書に必要事項をご記入の上、FAXまたは郵送でお送りください。開講案内、請求書は開催約1ヶ月前から発送を開始します。なお、1ヶ月以内のお申込みの時は、申込書受領後1週間ほどで開講案内・請求書を発送いたします。受講料の振り込み確認後、開講月(5月、10月)の10日前後に教材を発送いたします。

申込〆切日：開講月(5月、10月)の5日まで

下記ネオフィスト研究所ホームページからお進みください。 <http://www.neophist.co.jp>

●JACP(日本コミュニティファーマシー協会)会員様は、連絡希望事項欄に「JACP会員番号」をご記入ください。割引いたします。
●ネグジット総研の薬局経営者研究会会員企業様は、連絡希望事項欄に「ネグジット総研会員」とご記入ください。割引いたします。

会社名	ふりがな	ふりがな	連絡希望事項
	会社名 (正式名称)	薬局名または 事業所名	
	所在地: 〒		
	電話番号: ()		
	FAX番号: ()		
	責任者氏名:	所属 役職名	
受講者名	ふりがな	勤務先名:	
	受講者 氏名:	Mailアドレス: @	
	教材送付先 → 自宅・薬局(薬局名):)・その他()	
	住所: 〒		
	電話番号: ()	FAX番号: ()	
※受講者の添削結果の送付を希望する会社様は、下記欄へご記入ください。			
報告書送付先	報告書あて名(正式名称):	責任者名:	
	送付先住所: 〒		
	電話番号: ()	FAX番号: ()	

コース内容	受講料(税別)
0コース(全12回)	60,000円

受講申込先
(郵送かFAXどちらかで)

<郵送先> 〒153-0063 東京都目黒区目黒1-6-23 (有)ネオフィスト研究所
<FAX送信先> **03(5759)1724** (有)ネオフィスト研究所

ネオフィストスコレ ウェビナー(WEB研修)コース/申込書

↓ご希望のコースの□の中にチェック☑を入れてください

ご希望コース	コース内容	研修時間	受講料(税別)
<input type="checkbox"/>	保険調剤基礎コース	6時間×4日間=24時間	100,000円 (人数制限なし)
<input type="checkbox"/>	薬局管理完璧コース	6時間×2日間=12時間	100,000円(3人迄) 4人以上～要相談
<input type="checkbox"/>	医療保険と調剤報酬コース	6時間	50,000円(3人迄) 4人以上～要相談
<input type="checkbox"/>	薬歴管理とかかりつけ薬剤師実践コース	6時間	50,000円(3人迄) 4人以上～要相談
<input type="checkbox"/>	在宅医療基礎コース	6時間	50,000円(3人迄) 4人以上～要相談
<input type="checkbox"/>	在宅医療実践コース	6時間	50,000円(3人迄) 4人以上～要相談
<input type="checkbox"/>	セルフメディケーショントリアージコース	6時間	50,000円(3人迄) 4人以上～要相談
<input type="checkbox"/>	薬局支援ウェビナーコース	2時間	100,000円 (人数制限なし)

希望開催日	第1希望日 (年 月 日 午前・午後)	開催希望日時に関して何かありましたらご記入ください
	第2希望日 (年 月 日 午前・午後)	
	第3希望日 (年 月 日 午前・午後)	

会社名	ふりがな	ふりがな	連絡希望事項
	会社名 (正式名称)	薬局名または 事業所名	
	所在地: 〒		
	電話番号: ()	FAX番号: ()	
	責任者氏名:	所属 役職名	
代表受講者名	ふりがな	勤務先名:	
	受講者 氏名:	Mailアドレス:	
	教材送付先 → 自宅・薬局(薬局名:)・その他()		
	住所: 〒		
	電話番号: ()	FAX番号: ()	

受講申込先
(郵送かFAXどちらかで)

<郵送先> 〒153-0063 東京都目黒区目黒1-6-23 (有)ネオフィスト研究所

<FAX送信先> **03 (5759) 1724** (有)ネオフィスト研究所