

## 在宅患者訪問薬剤管理指導指示依頼・変更書

医療法人藤和会藤間病院 御中

調剤薬局名

住所

TEL・FAX

氏名 \_\_\_\_\_ 印

下記の患者様に在宅訪問指導の必要性が認められましたので、御検討下さい。

尚、ご本人(家族)には、本サービスの説明、同意は得ております。

患者氏名	病院 ID :
	様
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日( 才)
住所	〒 _____
介護保険の有無	<input type="checkbox"/> あり(要支援1・2、要介護1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> なし
ケアマネージャー	連絡先( _____ )
使用薬剤	
依頼内容	<input type="checkbox"/> 服薬状況の確認 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 薬剤管理状況の確認 <input type="checkbox"/> 調剤方法の検討 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> 副作用のチェック <input type="checkbox"/> 服薬によるADLへの影響 <input type="checkbox"/> 生活状況の把握 <input type="checkbox"/> 調剤内容の変更 <input type="checkbox"/> その他( _____ )
依頼科(担当医)	科 _____ 医師 _____
最終受診日	年 月 日 (次回予約日: 年 月 日)
コメント	

※太枠内に記入お願いいたします。