

訪問薬剤管理指導指示依頼書・情報提供書（保険薬局⇄相澤病院）

依頼年月日 20 年 月 日

相澤病院 診療科 _____ 先生

下記患者さま宅を訪問させていただきたく、ご連絡申し上げます。なお、訪問終了後は報告書により訪問内容についてご報告申し上げますのでよろしくお願ひします。

情報提供元保険薬局の名称 _____

電話： _____ FAX： _____

保険薬局薬剤師氏名 _____ 印

保険薬局記入欄	患者	氏名	様	性別 (男・女)		
		生年月日	明・大・昭・平・令	年 月 日		
		住所				
		TEL				
		介護度：	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5		
薬剤師による在宅訪問必要性	<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"/> その他 (_____)					
	上記在宅訪問必要性の詳細					
訪問薬剤管理指導を実施することに上記患者と <input type="checkbox"/> 合意している <input type="checkbox"/> これから合意する予定						
訪問薬剤管理指導指示書返信の希望 <input type="checkbox"/> 郵送 (返信用封筒に切手を貼り同封ください) <input type="checkbox"/> 直接病院に取りに行く						

医療機関記入欄	疾患名	
	既往歴・経過	
	使用薬剤	
	服薬にあたっての情報	<input type="checkbox"/> 運動機能障害 <input type="checkbox"/> 寝たきり患者 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 認知症患者 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
	特別な医療	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 疼痛の管理 <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> カテーテル (コンドームカテーテル、留置カテーテル等) <input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> その他 (_____)

上記患者の訪問薬剤管理指導 可 不可

要検討(「薬剤師による在宅訪問必要性」の詳細を別紙にて提出)

20 年 月 日

医療機関名： _____

電話： _____ FAX： _____

保険医師名 _____ 印