訪問薬剤管理指導指示依頼書　詳細別紙（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いします。

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

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 ケアマネージャー：
薬剤師による在宅訪問必要性	□服薬状況の確認　□服薬指導　□薬剤管理状況の確認　□調剤方法の検討 □介護者の負担軽減　□副作用のチェック　□服薬によるＡＤＬへの影響 □生活状況の把握　□その他（　　）
	上記在宅訪問必要性の経緯詳細
	薬剤師の介入による効果（予測）