年　　月　日

**在宅患者訪問薬剤管理指導・居宅療養管理指導実施　伺い書**

独立行政法人国立病院機構　旭川医療センター

診療科

医師名

〒

住所

電話番号

調剤薬局名

氏名

　下記の患者様に在宅薬剤訪問指導・居宅療養管理指導の必要性が認められましたので、お伺いいたします。なお、ご本人（ご家族）には、本サービスの内容及びかかる費用について説明と同意を得ております。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （フリガナ） |  | | |
| 患者氏名 |  | | |
| 生年月日(年齢) | 明治・大正・昭和・平成・令和　　　　　年　　　月　　　日　(　　　　歳) | | |
| 住所 | 〒 | | |
| 介護保険の有無 | □あり(要支援　1　　2　　／　要介護　1　　2　　3　　4　　5　)　□なし | | |
| ケアマネジャー | 居宅介護支援事業所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先 | | |
| 使用薬剤 |  | | |
| 依頼目的 |  | | |
| 服薬支援内容 | □服薬状況の確認 | □服薬指導 | □管理状況の確認 |
| □残薬指導 | □調剤方法の検討 | □副作用のチェック |
| □生活状況の把握 | □調剤内容の変更 | □服薬によるADLへの影響 |
| □麻薬の服薬状況及び管理状況の確認 | | |
| □その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | |
|  | | |
| 訪問開始(予定)日 | 年　　月　　日 | | |
| 依頼診療科・医師名 |  | | |
| 備考 |  | | |

※処方箋コメントについては入力いたしません。初回の診療情報提供をもちまして代えさせていただきます。