

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	<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	<input type="checkbox"/> 服薬状況の確認	<input type="checkbox"/> 服薬指導	<input type="checkbox"/> 管理状況の確認
	<input type="checkbox"/> 残薬指導	<input type="checkbox"/> 調剤方法の検討	<input type="checkbox"/> 副作用のチェック
	<input type="checkbox"/> 生活状況の把握	<input type="checkbox"/> 調剤内容の変更	<input type="checkbox"/> 服薬による ADL への影響
	<input type="checkbox"/> 麻薬の服薬状況及び管理状況の確認		
	<input type="checkbox"/> 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。