

年 月 日

在宅患者訪問薬剤管理指導実施 伺い書

御中

〒 _____
 住 所 _____
 電話番号 _____
 F A X _____
 薬 局 名 _____
 氏 名 _____ 印

下記の患者に在宅患者訪問薬剤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。
 尚、ご本人（ご家族）には、本サービスの内容及び掛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)	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 (歳)
住 所	〒 _____
介護保険の有無	<input type="checkbox"/> あり (要支援 <input type="checkbox"/> 1・ <input type="checkbox"/> 2 / 要介護 <input type="checkbox"/> 1・ <input type="checkbox"/> 2・ <input type="checkbox"/> 3・ <input type="checkbox"/> 4・ <input type="checkbox"/> 5) <input type="checkbox"/> なし
障害区分の有無	<input type="checkbox"/> あり (区分 <input type="checkbox"/> 1・ <input type="checkbox"/> 2・ <input type="checkbox"/> 3・ <input type="checkbox"/> 4・ <input type="checkbox"/> 5・ <input type="checkbox"/> 6) <input type="checkbox"/> なし
ケアマネジャー 又は相談支援専門員	施設名 (_____) 連絡先 (_____)
使用薬剤	
目 的	<input type="checkbox"/> 薬剤への理解の向上が必要なため <input type="checkbox"/> 治療効果が不十分なため <input type="checkbox"/> 病状が不安定であり、処方変更のため <input type="checkbox"/> 多剤を服用しているため <input type="checkbox"/> その他 (_____)
服薬支援内容	<input type="checkbox"/> アドヒアランス <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 服薬時間 <input type="checkbox"/> 薬剤の相互作用 <input type="checkbox"/> 調剤方法の検討 <input type="checkbox"/> 薬剤に影響のある食品等 <input type="checkbox"/> 処方箋以外の薬剤の服用 <input type="checkbox"/> 不要薬剤の処理 <input type="checkbox"/> 副作用情報 <input type="checkbox"/> 在宅介護用品の供給・相談応需 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
科名 (担当医)	科 医師名
最終受診日	年 月 日 (次回予約日： 年 月 日)
備 考	