

在宅患者訪問薬剤管理指導／居宅療養管理指導依頼書・情報提供書

御中		(調剤薬局名)		医療機関名：上都賀総合病院	
				住所：栃木県鹿沼市下田町 1-1033	
				T E L：0289-64-2161	
				F A X：0289-64-2467	
				診療科：	科
				医師名：	印
患者	ID	生年月日			
	氏名	□大・□昭・□平 年 月 日			
	(□男・□女)	(歳)			
	住所	連絡先			
疾患名 (主な既往歴)					
症状 治療状況					
使用薬剤					
留意事項 (検査値等)					
薬剤師への 依頼内容	☐ 服薬管理および使用状況の確認および改善 ☐ 調剤方法の検討 ☐ 使用薬剤に対する理解向上 ☐ 副作用の確認 ☐ 介護者の負担軽減 ☐ 生活状況の改善 ☐ 服薬によるA D Lへの影響 ☐ その他 ()				
服薬にあたっての 情報	☐ 四肢運動機能障害 ☐ 寝たきり患者 ☐ 嚥下障害 ☐ 失語症 ☐ 視覚障害 ☐ 聴覚障害 ☐ 認知症 ☐ その他 ()				
特別な医療	☐ 経管栄養 ☐ 疼痛管理 ☐ 褥瘡の処置 ☐ ストーマの処置 ☐ 中心静脈栄養 ☐ 尿道カテーテル ☐ 在宅酸素 ☐ 点滴管理 ☐ その他 ()				