

2 0 年 月 日

訪問薬剤管理指導 指示依頼書

社会福祉法人恩賜財団済生会 山形済生病院 御中

保険薬局名
住 所
電話・FAX

薬剤師 _____ 印

下記の者に訪問薬剤管理指導の必要性が認められましたので、指示についてご検討ください。
 なお、ご本人（ご家族）には、本サービス内容を説明し、制度利用の意向を確認しております。
 また、当該患者は算定要件を満たしていることも確認済みです。

患者ID		患者氏名	様
生 年 月 日	明・大・昭・平	年 月 日	(歳)
住 所	〒 -		
介護認定の有無	<input type="checkbox"/> あり（要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5） <input type="checkbox"/> なし		
ケアマネージャー	連絡先（ ）		
使 用 薬 剤			
訪 問 指 導 目 的	<input type="checkbox"/> 服薬状況の確認 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 薬剤管理状況の確認 <input type="checkbox"/> 調剤方法の検討 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> 副作用チェック <input type="checkbox"/> 服薬によるADLへの影響 <input type="checkbox"/> 生活状況の把握 <input type="checkbox"/> 調剤内容の変更 <input type="checkbox"/> 麻薬の服薬状況及び管理状況確認 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
依頼科（処方医）	科		医師
最 終 処 方 日	2 0 年 月 日	（次回予定日）	2 0 年 月 日
コ メ ン ト			