

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

メール

FAX

薬剤師

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、制度利用について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		
生年月日				
住所	〒			
介護認定の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5			
ケアマネージャー	連絡先			
依頼科（処方医）				
最終処方日	年 月 日	次回処方予定日 (任意)	年 月 日	

訪問指導目的	<input type="checkbox"/> 服薬状況の確認 <input type="checkbox"/> 薬剤管理状況の確認 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> 服薬によるADLへの影響 <input type="checkbox"/> 調剤内容の変更 <input type="checkbox"/> その他 {	<input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 調剤方法の検討 <input type="checkbox"/> 副作用チェック <input type="checkbox"/> 生活状況の把握 <input type="checkbox"/> 麻薬の服薬状況及び管理状況確認 }
--------	--	---

コメント	
------	--