

独立行政法人地域医療機能推進機構

秋田病院 地域医療連携室 宛

FAX : 0185-54-1266

TEL : 0185-52-3100 (直通)

在宅患者訪問薬剤管理指導（居宅療養管理指導）指示依頼書

令和 年 月 日

地域医療機能推進機構秋田病院 御中

依頼者名： _____

保険薬局名：

住所：

電話・FAX：

下記の患者様に在宅患者訪問薬剤管理指導（居宅療養管理指導）の必要性が認められましたので、ご検討ください。なお、ご本人（家族）には、本サービス内容及び費用について説明と同意を得ております。

患者氏名	
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治・ <input type="checkbox"/> 大正・ <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 (歳)
住所	〒 -
介護認定の有無	<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
ケアマネージャー	(連絡先)
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"/> 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"/> 副作用のチェック <input type="checkbox"/> 服薬によるADL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・担当医	科
最終受診日	月 日 (次回予約日 月 日)
コメント	