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、本サービスの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 | [ ] 明治・[ ] 大正・[ ] 昭和　　　　年　　　月　　　日　（　　　歳） |
| 住所 | 〒　　- |
| 介護認定の有無 | [ ] あり（要支援[ ] 1・[ ] 2　／　要介護[ ] 1・[ ] 2・[ ] 3・[ ] 4・[ ] 5）　[ ] なし |
| ケアマネージャー | （連絡先　　　　　　　　　） |
| 服薬支援内容 | [ ] 服薬状況の確認　[ ] 服薬指導　[ ] 薬剤管理状況の確認　[ ] 調剤方法の検討[ ] 介護者の負担軽減　[ ] 副作用のチェック　[ ] 服薬によるADLの影響[ ] 生活状況の把握　[ ] 調剤内容の変更　[ ] 麻薬の服薬状況及び管理状況確認[ ] 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 |  |