

年 月 日

在宅患者訪問薬剤管理指導・居宅療養管理指導実施 伺い書

市立旭川病院 御中

〒
住所
電話番号
調剤薬局名
氏名

下記の患者様に在宅薬剤管理訪問指導・居宅療養管理指導の必要性が認められましたので、お伺いいたします。なお、ご本人(ご家族)には、本サービスの内容及びかかる費用について説明と同意を得ております。

(フリガナ)	
患者氏名	
生年月日(年齢)	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)
住所	
介護保険の有無	<input type="checkbox"/> あり(要支援 1 2 / 要介護 1 2 3 4 5) <input type="checkbox"/> なし
ケアマネジャー	連絡先()
使用薬剤	
依頼目的	
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"/> 管理状況の確認 <input type="checkbox"/> 残薬指導・残薬整理 <input type="checkbox"/> 調剤方法の検討 <input type="checkbox"/> 副作用のチェック <input type="checkbox"/> 生活状況の把握 <input type="checkbox"/> 調剤内容の変更 <input type="checkbox"/> 服薬によるADLへの影響 <input type="checkbox"/> 麻薬の服薬状況及び管理状況の確認 <input type="checkbox"/> その他()
依頼科(担当医)	
訪問開始(予定)日	
備考	