

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 | |