小牧市民病院 患者支援センター FAX 0568-75-0214 年 月　　　日

訪問薬剤管理指導指示 【依頼書】 調剤薬局→病院

小牧市民病院 御中

調剤薬局名：

住所：

電話番号：

FAX番号：

薬剤師名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

下記の患者に訪問薬剤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（ご家族）には、小牧市民病院で診療情報提供料が発生する旨及び本サービスの説明、　同意は得ております。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 小牧市民病院患者ID |  | |
| 患者氏名 | 様 | |
| 生年月日 | 年　　　　　　月　　　　日 　　（ 　　　才） |  |
| 住所 | 〒 | |
| 介護保険の有無 | □ 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 （　　　　　　　　　　 ） | |
| 使用薬剤  （別紙添付可） | □ 別紙にて添付 | |
| 訪問の必要な理由  （必須） |  | |
| 訪問薬剤管理指導の具体的な内容 | 服薬状況と薬剤管理状況の確認、服薬指導、副作用の確認、  服薬によるADLへの影響の確認、調剤方法の検討、  介護者の負担軽減、生活状況の把握  上記の内容に加え、重点的に行いたい内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 主治医（診療科） | （　　　　　　　　　　　　　　科） | |
| 受診日 | 最終受診日：　　　　月　　　　日　　　　（次回予約日：　　　　月　　　　日） | |

以上ご検討の上、訪問薬剤管理指導指示書の郵送をお願いします。