

作成年月日をご記入ください

令和〇年〇月〇日

## 在宅患者訪問薬剤管理指導指示依頼・変更書

社会福祉法人 恩賜財団 鳥取県済生会境港総合病院 御中

調剤薬局様の名称・住所・連絡先をご記入ください

調剤薬局名  
住所  
電話・FAX

薬局担当者様のお名前・捺印をお願いします

氏名

印

下記の者に在宅訪問指導の必要性を認めた為、ご検討の程お願い致します。  
尚、ご本人（ご家族）には、予め本サービス内容、及び発生する費用については  
説明、同意を得ております。

患者番号	99999999 (当院の患者番号をご記入ください)
患者氏名	テスト 太郎 様
生年月日	明・大・昭・平 〇〇年 〇〇月 〇〇日 ( 歳)
住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇 県 〇〇 市 〇〇 町 〇〇-〇〇 該当する部分にチェックをお願いします
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
ケアマネージャー	〇〇 〇〇 様 連絡先 ( 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇)
使用薬剤	対象患者の使用薬剤についてご記入下さい。 指示依頼内容について、該当部分へチェックをお願いします
依頼内容	<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"/> 副作用チェック <input type="checkbox"/> 服薬によるADLへの影響 <input type="checkbox"/> 生活状況の把握 <input type="checkbox"/> 調剤内容の変更 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 麻薬の服薬状況及び管理状況確認
依頼診療科 (担当医)	〇〇 科 〇〇 医師
当院最終受診日	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 (次回予約日 〇〇 月 〇〇日)
コメント	

※太枠内のご記入をお願い致します。

(病院記入欄)

依頼受取確認	令和 年 月 日
作成確認	令和 年 月 日
算定確認	令和 年 月 日