

年 月 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

調剤薬局名
住所
電話・FAX

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	(当院の患者番号をご記入ください)
患者氏名	様
生年月日	明・大・昭・平 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
ケアマネージャー	連絡先 ()
使用薬剤	
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)	科 医師
当院最終受診日	年 月 日 (次回予約日 年 月 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