

年 月 日

## 保険薬局向け診療情報提供書

(在宅患者訪問薬剤管理指導指示書)

紹介先調剤薬局

様

〒684-8555

鳥取県境港市米川町44番地

鳥取県済生会境港総合病院

TEL:0859-42-3161 FAX:0859-42-5805

診療科

医師名

印

患者氏名		年齢		性別	
生年月日		職業		TEL	
患者住所					

傷病名					
指導依頼目的	<input type="checkbox"/> 合併症があり、多剤服用しているため <input type="checkbox"/> 薬への理解の向上が必要なため <input type="checkbox"/> 患者または家族が相談を希望しているため <input type="checkbox"/> 症状が不安定で処方内容変更のため <input type="checkbox"/> 治療効果が不十分なため <input type="checkbox"/> その他 ( )				
服薬指導 指示項目	<input type="checkbox"/> 服薬自己コントロール <input type="checkbox"/> 定期処方・臨時処方等効能、 効果、副作用内容 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 薬剤保管・管理方法 <input type="checkbox"/> 疼痛緩和の効果等 <input type="checkbox"/> 適正な服薬方法、注意事項				
既往歴及び 家族歴					
治療経過及び 検査結果等					
現在の処方					
備考					