令和　　年　　月　　日

指示期間（６月以内に限る）

訪問薬剤管理指導指示依頼・変更書

国立病院機構静岡医療センター 御中

調剤薬局名

住所

電話・ＦＡＸ

氏名 印

下記の患者様に在宅訪問指導の必要性が認められましたので、ご検討下さい。尚、ご本人（ご家族）には、本サービス内容及び費用について説明、同意は得ております。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区分(いずれかにレ点) | □在宅患者訪問薬剤管理指導　　　□居宅療養管理指導 | | |
| 患者氏名 |  | 様 | ＩＤ： |
| 生年月日 | 明・大・昭・平・令　　　　　年　　月　　日生（　　歳） | | |
| 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 |  | | |
| 依頼内容 | □服薬状況の確認 □服薬指導 □薬剤管理状況の確認 □調剤方法の検討  □介護者の負担軽減 □副作用チエック □服薬によるADLへの影響  □生活状況の把握 □調剤内容の変更 □その他 （ ）  □麻薬の服薬状況及び管理状況確認 | | |
| 依頼科（担当医） | 科　　　　　　　　　　　医師 | | |
| 最終受診日 | 月　　　　日（次回予約日　　　月　　日 ） | | |
| コメント |  | | |

※太枠内に記入お願いいたします。

（病院記入）

|  |  |
| --- | --- |
| 依頼受取確認 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 作成確認 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 郵送確認 | 令和　　　年　　　月　　　日 |