

訪問薬剤管理指導等に係る報告書

(参考：様式見本)

令和 年 月 日作成

医療機関名 _____ 先生

区分	<input type="checkbox"/> 在宅患者訪問薬剤管理指導 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導		
患者氏名	男・女 生年月日 明 大 昭 令 年 月 日		
処方発行日		処方医	
調剤日		訪問日	
指導を受けた人		服薬状況	
残薬		保管状況	
他科受診		併用薬	
相互作用のある飲食物の摂取状況		その他の併用薬	
副作用・重視作用・相互作用の確認			

*服薬中の体調変化

飲み込み	良い・少し悪い・悪い	食欲	ある・時々ない・ない
睡眠	眠れる・少し眠れる・眠れない	お通じ	ある・時々ない・ない
その他			
本人又は家族からの相談 指導・特記事項			

薬局名 _____

住所 _____ TEL _____

訪問薬剤師 _____ 印

保険薬局→病院

静岡医療センター 薬剤部 Fax 055-976-3673