保険薬局による訪問薬剤管理指導 指示依頼書

**［薬剤局］FAX:0479-63-8214,8215 TEL:0479-63-8212,8213**

地方独立行政法人 総合病院国保旭中央病院

送信日：西暦 　　　　　年　　　月　　　日

保険薬局名

担当薬剤師

住所　〒

TEL

FAX

　　　　　　科　　　　　　　　　　　先生

　　　　　　科　　　　　　　　　　　先生

　　　　　　科　　　　　　　　　　　先生

　　　　　　科　　　　　　　　　　　先生

　　　　　　科　　　　　　　　　　　先生

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（当院ID：　　　　　　　　　　　　　　）

生年月日 西暦　　　　　　年　　　　　月　　　　　日　※ 不明な場合は「不明」と記載

《 保険薬局記載欄 》

|  |
| --- |
| 以下の理由より、訪問薬剤管理指導が必要と考えます。介入依頼開始のご検討をお願い致します。□　用法用量の理解が乏しく、服薬状況が不良です。□　他院からの処方薬があり、薬剤管理が出来ず服薬状況が不良です。□　自宅に残薬が多く、薬剤管理が不良です。□　患者、家族等より、在宅における薬剤管理の希望がありました。□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ケアマネジャー介入：　□ あり　　□ なし備考（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 要介護認定：　□ 不明　　要支援（ □１　□２ ）　要介護（ □１ □２ □３ □４ □５ ） |

《 病院記載欄 》

|  |
| --- |
| 保険薬局による訪問薬剤管理指導を□　依頼します　　　□　依頼しません　　　　　医師サイン　　　　　　　　　　　　 |

* 回答後、薬剤局へ返却をお願い致します。　（担当：薬剤局 岩田　内線93074）

次回診察日に、以下の項目についてお願い致します。

**・「保険薬局向け診療情報提供書（訪問薬剤管理指導指示書）」**の作成

**・「訪問薬剤管理指導希望」**と処方せんへの記載

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 返信日時 | 西暦　　　　年　　　月　　　日（　　：　　） | 薬剤師氏名 |  |