

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
 _____科 _____先生
 _____科 _____先生
 _____科 _____先生
 _____科 _____先生
 _____科 _____先生

送信日：西暦 _____年____月____日
保険薬局名 _____
担当薬剤師 _____
住所 〒 _____
TEL _____
FAX _____

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
------	----	---	---	---------	-------