

在宅患者訪問薬剤管理指導依頼・変更書

独立行政法人国立病院機構

舞鶴医療センター

御中

〒 ー
住 所電話番号
FAX
調剤薬局名
氏 名

印

下記の者に在宅薬剤管理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、本サービスの内容及び掛かる費用について説明と同意を得ております。

(フリガナ)	
患者氏名	
生年月日(年齢)	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)
住 所	〒 ー
介護保険の有無	<input type="checkbox"/> あり(要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> なし
ケアマネージャー	連絡先 ()
使用薬剤	
依頼目的	<input type="checkbox"/> 薬剤への理解の向上が必要なため <input type="checkbox"/> 治療効果が不十分な(副作用により難航している)ため <input type="checkbox"/> 合併症があり、多剤を服用しているため <input type="checkbox"/> 病状が不安定であり、処方変更のため <input type="checkbox"/> その他 ()
服薬支援内容	<input type="checkbox"/> 服薬状況の確認 <input type="checkbox"/> 残薬の確認 <input type="checkbox"/> 薬剤管理状況の確認 <input type="checkbox"/> 調剤方法の検討 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> 副作用のチェック <input type="checkbox"/> 服薬によるADLへの影響 <input type="checkbox"/> 生活状況の把握 <input type="checkbox"/> 調剤内容の変更 <input type="checkbox"/> 麻薬の服薬状況及び管理状況確認 <input type="checkbox"/> その他 ()
依頼科(担当医)	科 医師
最終受診日	平成 年 月 日 (次回予約日:平成 年 月 日)
コメント	