聖隷三方原病院　地域医療連携室　　FAX 053-439-0002　　　　　 　　　 　年　　　月　　　日

**在宅患者訪問薬剤管理指導指示依頼書**

総合病院　聖隷三方原病院　　行

調剤薬局名

住所

電話・FAX

氏名　　　　　　　　　　　　　　 印

下記の者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掛る費用について説明、同意は得ております。

|  |  |
| --- | --- |
| 患者ID | 　 |
| 患者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様 |
| 生年月日 | 　明・大・昭・平　　　　年　　月　　　日　　　　　（歳） |
| 住所 | 　〒　　　　－　　　 |
| 使用薬剤 | 　 |
| 必要な指導内容 | □コンプライアンス管理　　　　　　□服薬指導（管理・保管も含む）□薬剤の相互作用･重複等の回避　　 □薬剤に影響のある食品･サプリメント等の管理･指導□過不足薬の確認･指導　　　　　　 □副作用情報□在宅介護用品の供給・相談応需□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 担当医 | 　　　　　　　　　　　科　　　　　　　　　　　　　医師 |
| 備考 | 　 |

上記指導内容を必要とご判断いただけましたら、『訪問薬剤管理指導指示書』を記入いただき

FAXにてご返信ください。また、不要とご判断された場合にもご一報いただけると助かります。

ご確認よろしくお願いいたします。