

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	<input type="checkbox"/> コンプライアンス管理 <input type="checkbox"/> 服薬指導（管理・保管も含む） <input type="checkbox"/> 薬剤の相互作用・重複等の回避 <input type="checkbox"/> 薬剤に影響のある食品・サプリメント等の管理・指導 <input type="checkbox"/> 過不足薬の確認・指導 <input type="checkbox"/> 副作用情報 <input type="checkbox"/> 在宅介護用品の供給・相談応需 <input type="checkbox"/> 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。