

在宅患者訪問薬剤管理指導(居宅療養管理指導)に関する依頼書

年 月 日

医療機関名 独立行政法人地域医療機能推進機構 清水さくら病院

担当医師名

先生御侍史

事業所名

依頼者氏名

連絡先

TEL

FAX

下記の患者への在宅患者訪問薬剤管理指導(居宅療養管理指導)の指示をお願い申し上げます。

| | | |
|------|---------------|------|
| 患者氏名 | 様 | 性別 |
| 生年月日 | T・S・H・R 年 月 日 | 年齢 歳 |
| 住所 | | |
| 電話番号 | | |

1. 在宅患者訪問薬剤管理指導(居宅療養管理指導)が必要と考えられる理由

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> 服薬スケジュールに沿った内服に不安がある(残薬が合わない) <input type="checkbox"/> 薬剤管理が出来ていない可能性がある <input type="checkbox"/> デバイス等の使用が習得できていない(事後フォローが必用) <input type="checkbox"/> その他 () |
|---|

2. 本人の希望・要望について

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> 本人または家族の同意を得ている <input type="checkbox"/> 本人または家族の同意を得ていない <input type="checkbox"/> その他 () |
|---|

3. 希望する訪問薬局

依頼元の薬局を希望する

下記の薬局を希望する

薬局名

連絡先

担当者

TEL

FAX

上記をご記入の上、下記までFAXをお願いいたします。

| |
|---|
| 医療機関名 独立行政法人地域医療機能推進機構 清水さくら病院 地域医療連携室 電話番号 054-340-8303 FAX 054-340-8273 |
|---|