

在宅患者訪問薬剤管理指導 指示依頼書

千葉県立佐原病院 御中

住 所

電話番号・FAX

調剤薬局名

薬剤師 _____ 印

下記の患者に在宅患者薬剤管理訪問指導の必要性が認められましたので、お伺いいたします。
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	〒 -		
介護保険の有無	あり(要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5) なし		
日常生活自立度	認知症度	意思疎通	主たる看護者
正常 生活自立(J1、J2) 屋内自立(A1、A2) 屋内介助(B1、B2) ベッド上(C1、C2)	正常 自立() 要注意(a、 b) 要介護(a、 b) 要介護() 専門医療(M)	完全に通じる ある程度通じる ほとんど通じない	配偶者 嫁 子供 その他 ()
ケアマネージャー	連絡先()		
使用薬剤			
訪問指導目的	<input type="checkbox"/> 服薬状況確認 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 薬剤管理状況確認 <input type="checkbox"/> 服用方法の確認 <input type="checkbox"/> 調剤方法の検討 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> 残薬調整 <input type="checkbox"/> 麻薬の服薬・管理状況確認 <input type="checkbox"/> 在宅介護用品の供給・相談応需 <input type="checkbox"/> その他()		
科名(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			