

F A X送信先 ⇒ 0 8 3 - 2 6 2 - 2 3 2 1

山口県済生会下関総合病院 _____ 科 外来 行

在宅患者訪問薬剤管理指導 指示依頼書

依頼日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

社会福祉法人^{恩賜財団}済生会支部
山口県済生会下関総合病院 御中

調剤薬局名：

住 所：

電 話 番 号：

F A X 番 号：

担当者氏名：

訪問薬剤管理指導の実施について 本人または家族の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		診療情報提供料（250 点）について 本人または家族の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
ふりがな 患者氏名：		性別： <input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女	
生年月日：	<input type="checkbox"/> 大正・ <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	年齢：（ 歳）
電話番号：			
診 療 科：（ 科）		処 方 医：（ ）	
介護保険： <input type="checkbox"/> なし 要支援 <input type="checkbox"/> 1 ・ <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 ・ <input type="checkbox"/> 2 ・ <input type="checkbox"/> 3 ・ <input type="checkbox"/> 4 ・ <input type="checkbox"/> 5			

■ 薬剤師による訪問の必要性 ■

<input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 服薬状況の確認 <input type="checkbox"/> 薬剤管理状況 <input type="checkbox"/> 残薬指導と残薬整理 <input type="checkbox"/> 副作用のチェック <input type="checkbox"/> 薬剤の重複投与・相互作用等 <input type="checkbox"/> ADL の状況 <input type="checkbox"/> 疼痛管理とその評価 <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 体温 <input type="checkbox"/> 衛生状態等の確認、指導、助言 <input type="checkbox"/> 在宅医療機器、用具、衛生材料等の供給 <input type="checkbox"/> その他（ ）
備 考

- ・ 指示書（診療情報提供書）の作成まで2～3週間いただきます。
- ・ 医師の判断により作成できない場合がございます。
- ・ 指示書発行は患者さんに対し診療情報提供書料（250 点）が発生します。