

FAX送信先 ⇒ 083-262-2321

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：

FAX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 有 無

診療情報提供料（250点）について
本人または家族の同意 有 無

患者氏名：

性別： 男 · 女

生年月日：
 大正 · 昭和
 平成 · 令和

年 月 日

年齢：(歳)

電話番号：

診療科：(科) 処方医：()

介護保険：
 なし
要支援 1 · 2 要介護 1 · 2 · 3 · 4 · 5

■ 薬剤師による訪問の必要性 ■

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