**在宅患者訪問薬剤管理指導実施指示依頼書**

（変更する場合〇で囲んでください。→　　変更　）

有田市立病院　地域連携室　御中

作成日　　　　　令和　　　　年　　　月　　　日

保険薬局名

所在地

連絡先Tel/Fax

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　下記の患者様に在宅訪問指導の必要性が認められました。ご自宅を訪問し、服薬状況と薬剤管理状況の確認、服薬指導、副作用の確認、服薬によるADLへの影響、調剤方法の検討、介護者の負担軽減・生活状況の把握等をさせていただきたいと考えておりますので、ご検討ください。

尚、ご本人(家族)には、本サービスの内容および費用につき説明・同意を得ております

※　指示いただける場合は、**在宅患者訪問薬剤管理指導／居宅療養管理指導　依頼書**の発行をお願いいた

します。　　　　　　　　　　（↑　電子カルテ：文書→共通→在宅薬剤管理→訪問薬剤実施依頼書）

|  |
| --- |
| 患者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様　　　　性別　男・女 |
| 生年月日　　明治・大正・昭和・平成　　　　　年　　　月　　　日　（　　　才） |
| 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 |
| ケアマネージャー　　　　　　　　　　　　　連絡先（　　　　　　） |
| 事業所：　　　　　　　　　　　　　　　 連絡先（　　　　　　） |
| 使用薬剤 |
| 依頼内容  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 依頼科（担当医）　　　　　　　　　　　　　科　　　　　　　　　　　　　　　医師 |
| 最終受診日　　　　　月　　　日　　（次回予約日　　　　月　　　日） |
| 備考 |

※　太枠内に記入をお願いいたします

**※　必ずトレーシングレポートと一緒にFAXしてください。**