

在宅患者訪問薬剤管理指導（居宅療養管理指導）指示依頼・変更書

岩手県立遠野病院 FAX：0198-62-0113

地域医療福祉連携室 宛

保険薬局名 _____
住所（〒 - ） _____
電話番号 _____
FAX番号 _____
担当者氏名 _____

下記の患者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、下記の事項につきまして実施していきたいと考えておりますので、ご検討ください。
尚、ご本人（ご家族）には、本サービス内容及び掛かる費用について説明し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）情報提供書」の発行と、院外処方せんのコメント欄に「訪問指示」の記載をお願いします。

岩手県立遠野病院 患者ID	※分かる範囲で結構です		
患者氏名	様（男・女）		
生年月日	明・大・昭・平・令	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 ☐ 申請中（ / 付）		
ケアマネージャー	氏 名（ ） 事業所名（ ） 連絡先（ - - ）		
依頼内容	☐ 服薬状況の確認 ☐ 服薬指導 ☐ 薬剤管理状況の確認 ☐ 調剤方法の検討 ☐ 介護者の負担軽減 ☐ 副作用のチェック ☐ 服薬によるADLへの影響 ☐ 生活状況の把握 ☐ 調剤内容の変更 ☐ 麻薬の服薬状況及び管理状況確認 ☐ その他（ ）		
診療科・担当医	科 医師		
コメント			

※太枠内に記入をお願いいたします。