京都桂病院　地域医療福祉連携室　Fax075-393-8101

20　　年　月　日

在宅患者訪問薬剤管理指導指示依頼・変更書

社会福祉法人京都社会事業財団　京都桂病院　御中

保険薬局名
住所
電話
FAX
担当薬剤師名

下記の者に在宅訪問指導の必要性が認められましたので、ご検討下さい。尚、ご本人（ご家族）には、本サービス内容及び掛る費用について説明、同意は得ております。

ID	
患者氏名	様
生年月日	明・大・昭・平・令　　年　　月　　日　（　　歳）
住所	〒　　ー
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（　　）
使用薬剤	
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　□副作用チエック　□服薬による ADL への影響 □生活状況の把握　□調剤内容の変更　□その他 （　　） □麻薬の服薬状況及び管理状況確認
依頼科（担当医）	科　　医師
最終受診日	月　　日　　（次回予約日　　月　　日 ）
コメント	

※太枠内に記入お願いいたします。

（病院記入）

依頼受取確認	年　　月　　日　　□ FAX 確認
電子化文書確認	年　　月　　日