

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

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	〒 -
介護保険の有無	☐ なし ☐ 申請中 ☐ 不明 要支援 ☐ 1・ ☐ 2 要介護 ☐ 1・ ☐ 2・ ☐ 3・ ☐ 4・ ☐ 5
ケアマネージャー	事業所名（ ） 担当者名（ ） 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 ☐ 副作用チェック ☐ 介護者の負担軽減 ☐ 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 ☐ 複数名での訪問 ☐ その他（ ）
依頼科(担当医)	科 医師
最終受診日	年 月 日 （次回予約日 年 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