

## 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

調剤薬局名  
住所  
電話・FAX

氏名 \_\_\_\_\_ 印

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 年 月 日（ 歳）
住所	〒 -
介護保険の有無	<input type="checkbox"/> あり(要支援1・2 要介護1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> なし
ケアマネージャー	連絡先( )
使用薬剤	
依頼内容	<input type="checkbox"/> 服薬状況の確認 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 薬剤管理状況の確認 <input type="checkbox"/> 調剤方法の検討 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> 副作用チェック <input type="checkbox"/> 服薬によるADLへの影響 <input type="checkbox"/> 生活状況の把握 <input type="checkbox"/> 調剤内容の変更 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 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	平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> FAX確認
作成確認	平成 年 月 日
郵送確認	平成 年 月 日