FAX 桑名市総合医療センター薬剤部 0594-22-1268　　　　　　　　　　　　　　　　　　（別紙１）

保険薬局における指導 指示依頼・変更書

桑名市総合医療センター 御中

作成日　　　　　　年　　月　　日

保険薬局名

連絡先　TEL

　　　　　　FAX

氏名

下記の患者に指導の必要性を認めました。薬学的管理・指導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）には本件の内容および費用につき説明・同意を得ております。

|  |  |
| --- | --- |
| 依頼科　　　　　　　　　　　科　　　　　担当医　　　　　　　　　　　　　　医師 | |
| 患者ID　　　　　　　　　　　　　　　　 氏名 | |
| 生年月日　　　　　年　　月　　　日（　　　才）　　　男性 ・ 女性 | |
| 必要な指導  　□ 在宅患者訪問薬剤管理指導   * 居宅療養管理指導 * その他（　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　） | |
| 依頼内容   * 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 * 介護者への負担軽減・生活状況の把握 * その他   　（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 備考 | |

|  |
| --- |
| 病院記入欄  担当医への確認　　　　済（　　　　年　　月　　日　職種　　　　　 名前　　　　　　 　）  担当医からの指示　　　□　指導を依頼する　　　□　指導を依頼しない  処方箋への指示追加　　済（　　　　年　　月　　日　薬剤師　　　　　　　）・　なし  特記事項　　　　　　 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |