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　　　　　　 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |