

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 <input type="checkbox"/> 在宅患者訪問薬剤管理指導 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> その他 ()			
依頼内容 <input type="checkbox"/> 服薬状況と薬剤管理状況の確認 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 副作用の確認 <input type="checkbox"/> 服薬による ADL への影響		<input type="checkbox"/> 調剤方法の検討 <input type="checkbox"/> 介護者への負担軽減・生活状況の把握 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 指導を依頼する	<input type="checkbox"/> 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	()		