

年 月 日

(新規・継続)  
訪問薬剤管理指導指示依頼書

沼津市立病院 \_\_\_\_\_ 科

保険薬局名

\_\_\_\_\_ 先生



住所

電話・FAX

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

下記の患者様に訪問薬剤指導の必要性が認められましたので、ご検討ください。  
なお、ご本人(ご家族)には内容、および費用について説明し、同意を得ております。

区分	<input type="checkbox"/> 在宅患者訪問薬剤管理指導料	<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導
患者	氏名	(ID: _____ )
	生年月日	
	住所	
	電話	
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 _____ )	
管理内容	<input type="checkbox"/> 服薬指導(管理・保管含む)	<input type="checkbox"/> 副作用チェック
	<input type="checkbox"/> 残薬の整理	<input type="checkbox"/> 当科処方箋以外の薬剤服用について
	<input type="checkbox"/> 薬剤の相互作用	<input type="checkbox"/> 他( _____ )
最終受診日	_____ 月 _____ 日 (次回予約日 _____ 月 _____ 日)	
連絡事項		

(病院記入欄)

担当医師確認	訪問薬剤管理 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (医師名 _____ )
--------	---

(原本郵送時、薬局記入)

医師確認済により情報提供書を依頼いたします( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)