春日井市民病院 医療連携室 Ｆａｘ 0568-82-9345

年 月 日

在宅患者訪問薬剤管理指導指示依頼・変更書

春日井市民病院 御中

保険薬局名

住所

電話・ＦＡＸ

氏名

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、ご検討ください。

尚、ご本人（家族）には、本サービスの説明、同意は得ております。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 | ＩＤ | | |
| 様 | | |
| 生年月日 | 年 月 | 日（ 才） |  |
| 住所 | 〒 | | |
| 介護保険の有無 | □あり（要支援１・２・要介護１・２・３・４・５） | □なし |  |
| ケアマネージャー | 連絡先（ |  | ） |
| 使用薬剤 |  | | |
| 依頼内容 | □服薬状況の確認 □服薬指導 □薬剤管理状況の確認  □調剤方法の検討 □介護者の負担軽減 □副作用のチェック  □服薬によるＡＤＬへの影響 □生活状況の把握  □調剤内容の変更  □その他（ ） | | |
| 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 ）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 入院・外来 | 入院 （ | 棟） 退院日（ | ） | * 外来 |
| 依頼日 |  | 年 月 | 日 | (連携室→ｸﾗｰｸ） |
| 返却日 |  | 年 月 | 日 | (ｸﾗｰｸ→連携室） |
| 作成日 |  | 年 月 | 日 |  |
| 郵送日 |  | 年 月 | 日 |  |
| 会計 | 円 （ 月 日） | | | |

医療連携室