

## 在宅患者訪問薬剤管理指導指示依頼・変更届

安曇野赤十字病院 地域医療連携課 御中

調剤薬局名  
住所  
電話・FAX  
氏名 印

---

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下さい。尚、ご本人（ご家族）には本サービス内容及び掛る費用について説明、同意は得ております。

I D	
患者氏名	様
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日（ 歳）
住所	〒 -
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（ ）
使用薬剤	
依頼内容	<input type="checkbox"/> 服薬状況の確認 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 薬剤管理状況の確認 <input type="checkbox"/> 調剤方法の検討 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> 副作用チェック <input type="checkbox"/> 服薬によるADLへの影響 <input type="checkbox"/> 生活状況の把握 <input type="checkbox"/> 調剤内容の変更 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 麻薬の服薬状況及び管理状況確認
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）

依頼受取確認	年 月 日 <input type="checkbox"/> F A X 確認
作成確認	年 月 日
郵送確認	年 月 日