# **訪問薬剤管理指導依頼書・情報提供書**

依頼年月日　　　　年　　月　　日

指示期間　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 薬局　殿  医療機関名  住所  電話  Fax  医師名　　　　　　　　　　　　　　　　印 | |
| 患者 | 氏名　　　　　　　　　　　　様　　性別（男・女） |
| 生年月日　　明・大・昭　　年　　月　　日 |
| 住所 |
| TEL |
| 介護度：　要支援１・２　要介護１・２・３・４・５  ケアマネージャー： |
| 疾患名 |  |
| 既往歴・経過 |  |
| 使用薬剤 |  |
| 訪問により  期待すること | □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  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 服薬に  あたっての情報 | □運動機能障害　□寝たきり患者　□嚥下障害　□失語症　□視覚障害  □聴覚障害　□認知症患者  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 特別な医療 | □経管栄養　□疼痛の管理　□褥瘡の処置　□ストーマの処置  □カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル等）  □点滴の管理　□中心静脈栄養  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |