【様式（在）-２】

令和　　年　　月　　日

**在宅患者訪問薬剤管理指導指示依頼書**

昭和大学江東豊洲病院　御中

薬局名：

住所：

電話：　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ：

担当薬剤師名：

以下の患者様について、在宅訪問薬剤管理指導の実施により、下記のような内容が期待されます。

つきましては、在宅訪問薬剤管理指導の指示を、ご検討の程、お願い申し上げます。

|  |  |
| --- | --- |
| **患者氏名** | **ＩＤ** |
| **様** |
| **生年月日** | **明治　・　大正　・　昭和　　　　年　　　　月　　　日（　　　才）** |
| **住所** | **〒****電話：** |
| **介護保険認定状況** | **介護度：　要支援１ ・ ２　　要介護１ ・ ２ ・ ３ ・ ４****非該当　　　申請中　　その他（　　　　　　　　　　　　）** |
| **ケアマネジャー氏名（所属）** | **（　　　　　　　　　　　　　　　）** |
| **現在の処方** |  |
| **訪問薬剤管理指導の内容** | □服薬状況の確認　□服薬指導　□薬剤保管管理状況の確認　□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への影響確認　□生活状況の把握□その他： |
| **診療科名・処方医氏名** | **科　　　　　　　　　　　　　先生** |
| **訪問薬剤管理指導の内容と****実施，指示依頼に関する同意** | **同意： 本人 ・ 代理人（　　　　　　 　　　　　　）** |
| **備考欄** |  |

昭和大学江東豊洲病院薬薬連携協議会２０１５．３