

訪問薬剤管理・居宅療養管理指導依頼書・情報提供書

依頼年月日 令和 年 月 日

<p>薬局 殿</p> <p>下記の患者様の居宅療養管理指導・訪問薬剤管理指導を依頼します。</p> <p>医療機関名 _____</p> <p>医師名 _____ 印</p> <p>住所 _____</p> <p>TEL _____ FAX _____</p>	
患者	氏名 _____ 様 性別 (男 ・ 女)
	生年月日 明・大・昭 年 月 日 (歳)
	住所 _____ TEL _____
	主介護者 名前 _____ (関係 _____) TEL _____
	介護度： 申請中 区変中 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5
	ケアマネージャー：事業所名 _____ 名前 _____ TEL _____
疾患名	告知の 有 ・ 無
既往歴・経過	
アレルギー歴 副作用歴	
使用薬剤	
訪問により 期待すること	<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"/> 副作用のチェック <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"/> その他 (_____)
服薬に あたっての情報	<input type="checkbox"/> 運動機能障害 <input type="checkbox"/> 寝たきり患者 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 認知症患者 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
特別な医療	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 疼痛の管理 <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> カテーテル (コンドームカテーテル、留置カテーテル等) <input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> その他 (_____)