**在宅患者訪問薬剤管理指導依頼書**

**202　年　　 月　　　 日**

**（　）当院で①③を記載→保険薬局に依頼**

**（　）保険薬局で①②を記載→当院医師に同意依頼**

**①　患者情報・介入内容**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | | | **男・女** |
| **生年月日** | **T ・ S ・ H ・ R　　　　　 年　　　　 月　　　　 日** | | | | **歳** |
| **住所** |  | | | | |
| **電話・FAX番号** | **Tel：** | **Fax：** | | | |
| **ｹｱﾏﾈｰｼﾞｬｰ名**  **（所属事業所）** | **（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** | | **介護度** | **要介護＿**  **要支援＿** | |
| **介入内容**  **（その他あれば**  **記入して下さい）** | **薬歴管理・服薬指導**  **服薬支援：1包化/カレンダー/配薬ボックス/粉砕など**  **薬剤服用状況の確認**  **薬剤保管状況の確認**  **残薬の有無の確認**  **副作用の有無の確認**  **他、[　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　]** | | | | |

**②　保険薬局**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **住所** | **〒** | |
| **施設名** |  | |
| **電話・FAX番号** | **Tel：** | **Fax：** |
| **担当薬剤師名** | **㊞** | |

**③　病院**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **住所** | **〒939-1724　富山県南砺市梅野2007-5** | | |
| **施設名** | **公立南砺中央病院** | | |
| **電話・FAX番号** | **Tel：0763-53-0001（代）** | **Fax：0763-53-2033（薬剤科）** | |
| **科・医師（自署）** | **科** | | **（　　）同意します**  **（　　）同意しません** |