**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＿＿科＿＿＿＿＿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** | **〒** |
| **保険薬局名** |  |
| **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** |
| **病院名** | **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** |