

年 月 日

病院・医院名を入力

先生

薬局名

住 所

TEL/FAX

担当薬剤師

在宅患者訪問薬剤管理指導指示のお願い

平素は、薬局の業務にご理解とご協力を賜り、誠にありがとうございます。

さて、この度 別紙_____様より、在宅訪問指導の相談がありました。

ご本人（ご家族）様には、指導内容及び費用についての説明を行い、同意を得ており、ケアマネジャーへの連絡も行っております。

薬剤師による在宅患者訪問薬剤管理指導を始めるにあたり、医師の指示が必要ですので、ご検討いただきますよう、よろしくお願い申し上げます。

また、在宅患者訪問薬剤管理指導の指示をいただけることになりましたら、お手数ですが保険薬局向けの診療情報提供書として、別紙※印の欄（太枠）に必要事項をご記入いただき、上記薬局まで連絡をお願いいたします。

なお、先生方の既にご使用の書式がありましたら、そちらを使用させていただいて構いませんのでよろしくお願いいたします。

在宅患者訪問薬剤管理指導指示書

(保険薬局向け診療情報提供書)

薬局

※医療機関名：

住 所：

TEL/FAX：

医 師 名： _____ ⑩

下記内容を元に薬剤師が患者宅を訪問し、管理・指導を行い、その情報を多職種と共有して連携をとってください。

患 者	様 (明・大・昭・平 年 月 日 (歳))		
	住所 (〒 -) TEL :		
介護保険	<input type="checkbox"/> あり (要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5) / <input type="checkbox"/> なし		
	ケアマネジャー：	連絡先：	
相談者	本人・家族・()より	薬剤師訪問への同意 (有・無)	指導に係る費用への同意 (有・無)
(相談) 内 容			
ケアマネからの 要望・注意事項			
患者情報開示の承諾	病医院から薬局への患者情報の開示に同意します。 年 月 日 氏名 ⑩		
※ 疾 患 名 (経過・既往歴) ・使用薬剤)	病気告知 (有 ・ 無)		
※依 頼 内 容	<input type="checkbox"/> 服薬状況の確認 <input type="checkbox"/> 薬剤保管方法 <input type="checkbox"/> 調剤上の工夫 <input type="checkbox"/> 残薬報告	<input type="checkbox"/> 薬効・用法の説明 <input type="checkbox"/> 副作用・ADL への影響チェック <input type="checkbox"/> 重複・相互作用のチェック	<input type="checkbox"/> その他 ()
※特 記 事 項 ADL を含む	<input type="checkbox"/> アレルギー体質 () <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 認知障害 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 嚥下障害	<input type="checkbox"/> 発語障害 <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 運動機能障害

※印の欄 (太枠) に、ご記入・チェックをお願いいたします。その後、上記薬局まで、ご連絡お願い致します。