

年 月 日

_____ 事業所
担当ケアマネジャー 様

薬局名
住 所
TEL/FAX
担当薬剤師

ケアプランへの在宅患者訪問薬剤管理指導項目の追加及びアドバイスをお願い

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。

この度、貴事業所でケアプランを立てられている _____ 様より
当薬局に、薬剤師による在宅患者訪問薬剤管理指導の依頼がありました。

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
おります。

あとは、主治医の先生からの指示をいただいてからのスタートとなりますが、
その前に担当ケアマネジャー様にお知らせして、ケアプランへの追加と我々薬剤師
へのアドバイスを頂くことで、患者様を中心とした多職種連携の輪の中に少しでも
役立つ形で加わって行きたいと思っております。

お忙しい中、申し訳ありませんが是非とも主旨をご理解いただきまして、別紙に
目を通し、我々にアドバイス頂ければ幸いです。

別紙へのご記入等の準備ができましたら、お手数ですが、上記薬局まで
ご連絡いただきますよう、宜しく願いいたします。

なお、在宅患者訪問薬剤管理指導の開始年月日は後日連絡させていただきます。

在宅患者訪問薬剤管理指導に対する情報と注意点

年 月 日

 薬局
 担当薬剤師 _____ 様

事業所名：
 住 所：
 TEL/FAX：
 担当ケアマネジャー：

下記の情報と注意点を踏まえた上で、患者様宅に薬剤師が訪問し管理・指導を行ってください。

患 者	様 (明・大・昭・平 年 月 日 (歳))	
	住所 (〒 -)	TEL :
相 談 者	本人・家族・その他 () より	薬局訪問の同意 (有 ・ 無)
内 容		
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 介護保険証の認定有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日	
現状の薬剤管理 及び困っている事		
薬剤師への要望		
患者様と接する 上での注意点・ その他		

お手数ですが太枠欄へのご記入をお願いします。