|  |  |
| --- | --- |
| 薬局　御中  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師名　　　　　　　　　　　　　　印 | |
| 患者 | 氏名　　　　　　　　　　　　　　様　　性別（男・女） |
| 生年月日　　明・大・昭　　年　　月　　目 |
| 住　所： |
| ＴＥＬ： |
| 介護度：　要支援　１・２　要介護　１・２・３・４・５ |
| 疾患名 |  |
| 既往歴 |  |
| 服用中の薬剤 |  |
| 訪問により　　期待すること | □服薬状況の確認　□服薬指導　□薬剤管理状況の確認　□調剤方法の検討　　　　□介護者の負担軽減　□副作用のチェック　□服薬によるＡＤＬへの影響　　　　　□生活状況の把握　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 服薬に　　　　あたっての情報 | □運動機能障害　□寝たきり患者　□嚥下障害　□失語症　□視覚障害　　　　　　□聴覚障害　□認知症患者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 特別な医療 | □経管栄養　□疼痛の管理　□褥創の処置　□ストーマの処置　　　　　　　　　　□カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル等）　　　　　　　　　　　　　□点滴の管理　□中心静脈栄養　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**訪問薬剤管理指導/居宅療養管理指導　依頼書・情報提供書**

依頼年月日　平成　　年　　月　　日