

20\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

在宅患者訪問薬剤管理指導（居宅療養管理指導）指示依頼・変更書【FAX 照会】

京都市立病院 御中

保険薬局名\_\_\_\_\_

住所(〒 - )\_\_\_\_\_

電話番号\_\_\_\_\_

FAX 番号\_\_\_\_\_

担当者氏名\_\_\_\_\_

下記の患者に在宅訪問薬剤管理指導の必要性が認められましたので、ご検討ください。  
尚、ご本人（ご家族）には、本サービス内容及び掛かる費用について説明し同意を得ています。

京都市立病院の 診察券番号	※判る範囲で結構です
患者氏名	様
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)
住所	〒 -
介護保険の有無	<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	事業所名 ( ) 氏名 ( ) 連絡先 ( - - )
依頼内容	<input type="checkbox"/> 服薬状況の確認 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 薬剤管理状況の確認 <input type="checkbox"/> 調剤方法の検討 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> 副作用のチェック <input type="checkbox"/> 服薬による ADL への影響 <input type="checkbox"/> 生活状況の把握 <input type="checkbox"/> 調剤内容の変更 <input type="checkbox"/> 麻薬の服薬状況及び管理状況確認 <input type="checkbox"/> その他 ( )
依頼科・担当医	科 医師
コメント	

※太枠内に記入をお願い致します。