

訪問薬剤管理指導指示書・情報提供書

依頼年月日 平成 年 月 日 (医療保険・介護保険) 適用 (いずれかに○印を)

<p style="font-size: 1.2em; margin: 0;">薬局 様</p> <p style="margin: 5px 0 0 150px;">医療機関名</p> <p style="margin: 5px 0 0 150px;">住 所</p> <p style="margin: 5px 0 0 150px;">電 話</p> <p style="margin: 5px 0 0 150px;">F A X</p> <p style="margin: 5px 0 0 150px;">医師名 _____ ㊤</p>	
<p style="margin: 0;">患者情報</p> <p style="margin: 5px 0 0 0;">※印以下は介護保険適用の場合記載</p>	<p style="margin: 0;">氏 名 _____ 様 _____ 性 別 (男 ・ 女)</p>
	<p style="margin: 0;">生年月日 明 ・ 大 ・ 昭 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳</p>
	<p style="margin: 0;">住 所 _____</p>
	<p style="margin: 0;">T E L _____</p>
	<p style="margin: 0;"> <input type="checkbox"/> 運動機能障害 無 ・ 有 (_____) <input type="checkbox"/> 寝たきり患者 (ランク _____) <input type="checkbox"/> 認知症患者 (ランク _____) <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> その他 (_____) ※介護度： 要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 </p>
<p style="margin: 0;">主な疾患名 (既往歴) や最近の患者の状況、診療経過等</p>	
<p style="margin: 0;">訪問薬剤指導 (または薬剤師による居宅療養指導) により期待する内容</p>	<p style="margin: 0;"> <input type="checkbox"/> 処方せんによる調剤上の指導 (とくに _____ 薬に対して) <input type="checkbox"/> 服薬状況の確認 <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"/> 副作用のチェック <input type="checkbox"/> 服薬によるADLへの影響 <input type="checkbox"/> 薬剤等の居宅への配送 <input type="checkbox"/> 居宅における薬剤の保管・管理に関する指導 <input type="checkbox"/> 使用薬剤の有効性に関するモニタリング <input type="checkbox"/> 薬剤の重複投与、相互作用等の回避 <input type="checkbox"/> 副作用の早期発見、未然防止と適切な処置 <input type="checkbox"/> ADL、QOL等に及ぼす使用薬剤の影響確認 <input type="checkbox"/> 使用薬剤、用法・用量等に関する医師等への助言 <input type="checkbox"/> 麻薬製剤の選択および疼痛管理とその評価 <input type="checkbox"/> 病態と服薬状況の確認、残薬および過不足薬の確認、指導 <input type="checkbox"/> 患者の住環境等を衛生的に保つための指導、助言 <input type="checkbox"/> 在宅医療機器、用具、材料等の供給 <input type="checkbox"/> 在宅介護用品、福祉機器等の供給、相談応需 <input type="checkbox"/> その他、必要事項 (不要薬剤等の廃棄処理、廃棄に関する指導等) (_____) </p>
<p style="margin: 0;">特別な医療 <input type="checkbox"/> 該当なし</p>	<p style="margin: 0;"> <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 疼痛の管理 <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> カテーテル (コンドームカテーテル、留置カテーテル等) <input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> その他 (_____) </p>
<p style="margin: 0;">その他</p>	<p style="margin: 0;"> <input type="checkbox"/> 服薬指導報告で希望する内容 (_____) <input type="checkbox"/> 指示した内容で医師の見解を求めるもの (_____) <input type="checkbox"/> 継続指示を求めるもの (_____) <input type="checkbox"/> 新規指示の希望があるもの (_____) <input type="checkbox"/> 患者家族等が希望する訪問曜日および時間帯 (_____ 曜日の午前 _____ 時頃・午後 _____ 時頃) <input type="checkbox"/> その他 (_____) </p>