

保険薬局向け診療情報提供書

(在宅患者訪問薬剤管理指導指示書)

平成 年 月 日

薬局 様

保険医療機関の
所在地および名称

電話番号

保険医師名



患者ID		生年月日	年 月 日	年 齢	歳
患者氏名		電話番号		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
患者住所	〒			家族構成	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 昼間独居
主たる疾患名					
服薬指導 指示項目	<input type="checkbox"/> 服薬自己（介護・看護）コントロール <input type="checkbox"/> 定期処方・臨時処方等 効能、効果、副作用内容 <input type="checkbox"/> 適正な服薬方法、注意事項		<input type="checkbox"/> 薬剤保管、管理方法 <input type="checkbox"/> 疼痛緩和の効果等 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
指導依頼目的	<input type="checkbox"/> 合併症があり、多剤服用しているため <input type="checkbox"/> 薬への理解の向上が必要なため <input type="checkbox"/> 患者または家族が相談を希望しているため		<input type="checkbox"/> 病状が不安定で処方内容変更のため <input type="checkbox"/> 治療効果が不十分なため <input type="checkbox"/> その他（ ）		
特記すべき 留意点	<input type="checkbox"/> 指示内容変更 <input type="checkbox"/> 継続指導		<input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 指導中止	連絡事項	<input type="checkbox"/> 服薬指導の理解度 <input type="checkbox"/> 服薬状況
日常生活自立度	認知症度	意思疎通		主たる看護者	
<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 生活自立(J1、J2) <input type="checkbox"/> 屋内自立(A1、A2) <input type="checkbox"/> 屋内介助(B1、B2) <input type="checkbox"/> ベッド上(C1、C2)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 自立(I) <input type="checkbox"/> 要注意(II a、II b) <input type="checkbox"/> 要介護(III a、III b) <input type="checkbox"/> 常介護(IV) <input type="checkbox"/> 専門医療(M)	<input type="checkbox"/> 完全に通じる <input type="checkbox"/> ある程度通じる <input type="checkbox"/> ほとんど通じない		<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 嫁 <input type="checkbox"/> 子供 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
備 考					訪問希望日時等 _____

※ 処方内容は別紙院外処方せんをご参照ください。なお、当該患者は介護保険の認定患者であり、要介護等認定有効期間は、平成 年 月 日～平成 年 月 日まで有効で、要介護等認定は、（要支援1、要支援2、要介護1、要介護2、要介護3、要介護4、要介護5）です。