

訪問薬剤管理指導指示書・情報提供書

医療保険 ・ 介護保険 適用 (いずれかに○印)

指示年月日 平成 年 月 日

<p>調剤薬局</p> <p>管理薬剤師 様</p> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">医療機関名 _____</p> <p style="text-align: right;">住所 _____</p> <p style="text-align: right;">電話 _____</p> <p style="text-align: right;">FAX _____</p> <p style="text-align: right;">医師名 _____ (印)</p>	
患者情報	氏 名 様 / 性 別 (男 ・ 女)
	生年月日 明・大・昭 年 月 日 _____ 歳
	住 所
	T E L
	要介護度： 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 申請なし ケアマネジャー名： () 居宅介護支援事業所
主病名	
既往歴・経過	
現時点での処方薬剤 (主なもの)	
訪問指導により期待すること	<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"/> その他 ()
服薬にあたっての情報	<input type="checkbox"/> 運動機能障害 <input type="checkbox"/> 寝たきり患者 <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"/> 認知症患者 <input type="checkbox"/> その他 ()
特別な医療	<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 ()