

## 在宅患者訪問薬剤管理指導依頼・変更書

国家公務員共済組合連合会  
舞鶴共済病院 御中〒 ー  
住 所  
電話番号  
F A X  
調剤薬局名  
氏 名 印

下記の者に在宅薬剤管理訪問指導の必要性が認められましたので、ご検討下さい。  
尚、ご本人（ご家族）には、本サービスの内容及び掛かる費用について説明と同意を得ております。

|          |   |
|----------|---|
| (フリガナ)   |   |
| 患者氏名     |   |
| 生年月日（年齢） | 明治・大正・昭和・平成 年 月 日 （ 歳 ）   |
| 住 所      | 〒 ー   |
| 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  |
| ケアマネージャー | 連絡先（ ）  |
| 使用薬剤     |   |
| 依頼目的     | <input type="checkbox"/> 薬剤への理解の向上が必要なため <input type="checkbox"/> 治療効果が不十分な（副作用により難航している）ため <input type="checkbox"/> 合併症があり、多剤を服用しているため <input type="checkbox"/> 病状が不安定であり、処方変更のため <input type="checkbox"/> その他（ ）  |
| 服薬支援内容   | <input type="checkbox"/> 服薬状況の確認 <input type="checkbox"/> 残薬の確認 <input type="checkbox"/> 薬剤管理状況の確認 <input type="checkbox"/> 調剤方法の検討<br><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<br><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<br><input type="checkbox"/> その他（ ） |
| 依頼科（担当医） | 科 医師  |
| 最終受診日    | 平成・令和 年 月 日 （次回予約日：令和 年 月 日）  |
| コメント     |   |