舞鶴共済病院　地域医療連携室　FAX0773-66-1548

平成　　年　　月　　日

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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒　　　－

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 | 〒　　　　－ |
|  |
| 介護保険の有無 | あり（ 要支援 １ ・ ２　/ 要介護 １ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・５ ）　なし |
| ケアマネージャー | 連絡先（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 使用薬剤 |  |
| 依頼目的 | 薬剤への理解の向上が必要なため　治療効果が不十分な（副作用により難航している）ため　合併症があり、多剤を服用しているため　病状が不安定であり、処方変更のため　その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 服薬支援内容 | 服薬状況の確認　残薬の確認　薬剤管理状況の確認　調剤方法の検討　　介護者の負担軽減　副作用のチェック　服薬によるＡＤＬへの影響　　　生活状況の把握　調剤内容の変更　　麻薬の服薬状況及び管理状況確認　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 依頼科（担当医） | 科　　　　　　　　　　　　　　　　医師 |
| 最終受診日 | 平成　　年　　月　　日　　　　（次回予約日：平成　　年　　月　　日） |
| コメント |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成27年2月　舞鶴共済病院 地域医療連携室