令和　　年　　月　　日

訪問薬剤管理指導指示書

医療機関名：

住所；　　　　　　　　　　　　　　　　薬局名

診療科；　　　　　　　　　　　　　　　住所

主治医名：　　　　　　　　　　　　　　連絡先TEL

返送先FAX

下記の通り、訪問薬剤管理指導の実施を指示致します。

|  |
| --- |
| 患者氏名：　　　　　　　　　　男 ・ 女　生年月日　M/T/S/H/R　　年　　月　　日（　　　歳） |
| 患者住所：　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号； |
| 主たる疾病名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　病名告知（ 無 ・ 有 ）主たる疾病名；　　　　　　　　　　　　　　　　　　病名告知（有・無） |
| 指示事項及び留意事項

|  |
| --- |
| 留意事項： |

□　①コンプライアンス□　②服薬指導（管理・保管も含む）□　③服薬時間□　④薬剤の相互作用□　⑤薬剤に影響のある食品等□　⑥処方箋以外の薬剤の服用□　⑦不要薬剤の処理□　⑧副作用情報□　⑨在宅介護用品の供給・相談応需□　⑩その他： |