

薬剤師による訪問薬剤管理指導依頼書

令和 年 月 日

ふりがな			生年月日	明・大・昭	年	月	日	
患者 お名前			性別	男	・	女	年齢 (歳)	
			TEL					
連絡先	ご住所							
ふりがな			病院・主治医・介護支援専門員・ご家族 その他()					
申込者 お名前								
連絡先	ご住所		TEL					
依頼内容	<input type="checkbox"/> コンプライアンス不良(服薬指導) <input type="checkbox"/> 飲み忘れの対処(一包化、剤形の再検討) <input type="checkbox"/> 重複、相互作用の要チェック <input type="checkbox"/> 薬剤によるADL低下の可能性(転倒など) <input type="checkbox"/> 副作用のチェック・再発防止が必要 <input type="checkbox"/> 水分量のチェック <input type="checkbox"/> 処方内容の理解が不足 <input type="checkbox"/> 剤型の要検討 <input type="checkbox"/> 居宅療養薬剤管理指導が必要 <input type="checkbox"/> 訪問服薬管理指導が必要 <input type="checkbox"/> 退院時カンファレンス <input type="checkbox"/> その他			コメント				
生活情報	認知及び意思決定	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> いくらか困難	<input type="checkbox"/> 判断できない	<input type="checkbox"/> 不明			
	指示・理解	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> やや不良	<input type="checkbox"/> 不良				
	ADL	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
	手指の機能	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> やや不良	<input type="checkbox"/> 不良				
	視力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 見え難い	<input type="checkbox"/> 見えない	<input type="checkbox"/> 眼鏡使用			
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 聞こえ難い	<input type="checkbox"/> 聞こえない	<input type="checkbox"/> 補聴器使用			
	嚥下障害	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 経口	<input type="checkbox"/> 経管 (鼻腔・胃)	<input type="checkbox"/> TPN		
	義歯装着	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	(問題点:)				
	薬剤管理	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> その他()				
服用方法	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> その他()					
主病名			服用薬剤					
既往歴	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 骨折など(部位:) <input type="checkbox"/> パーキンソン症候群 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> その他()							

【備考】

主治医		TEL
介護支援専門員		TEL
主介護者情報	名前	関係
	住所	TEL