別紙１ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

薬剤師在宅訪問のお願い

　　　　　　　　薬局御中

施設名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者

前略

このたび、下記の患者様に対して、在宅での薬剤管理をお願いいたします。重ねて医師への在宅指示の依頼もお願いいたします。

なお、この件につきましては、患者様、ご家族様には、ご内諾をいただいております。　　ご不明な点に関しましては、遠慮なく当施設にお問い合わせ下さい。

草々

記

* 下記すべて別様式にて情報提供します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者様 | 氏名 | | 性　別  男 ・ 女 | | 生年月日 | | M・T・S 年 月 日 | 歳 |
| 住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（施設名：　　　　　　　　　　　　　　）    　　　電話番号 | | | | | | | |
| ご家族様  (ｷｰﾊﾟｰｿﾝ)   * 独居 | | 氏名 | 続柄 | 住所（□ 同上）  　　　電話番号 | | | | |
| 介護度 | | 概況（特筆すべき事項）　　　　　□ 別紙参照 | | | | | | |
| 認定期間  ～ | |
| 管理指導項目 | | | | | | 重点項目 | | |
| 服薬状況チェック（残薬・管理状況） | | | | | | □ | | |
| 服薬指導 | | | | | | □ | | |
| 調剤方法の検討 | | | | | | □ | | |
| 併用薬チェック | | | | | | □ | | |
| 副作用・相互作用チェック | | | | | | □ | | |
| 生活状況チェック（食事・睡眠等） | | | | | | □ | | |
| アレルギーチェック | | | | | | □ | | |

※居宅療養管理指導では単一建物住居者が１人の場合５１７単位、２～９人の場合３７８単位、１０人以上の場合３４１単位、在宅患者訪問薬剤管理指導では単一建物住居者が１人の場合６５０点、２～９人の場合３２０点、１０人以上の場合２９０点それぞれ月４回まで（算定する間隔は６日以上）の保険請求が可能となります。