

薬剤師在宅訪問のお願い

薬局御中

施設名
所在地
電 話
F A X
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 (キーパーソン)	氏名	続柄	住所 (<input type="checkbox"/> 同上) 電話番号		
<input type="checkbox"/> 独居					
介護度	概況 (特筆すべき事項) <input type="checkbox"/> 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)			<input type="checkbox"/>		
服薬指導			<input type="checkbox"/>		
調剤方法の検討			<input type="checkbox"/>		
併用薬チェック			<input type="checkbox"/>		
副作用・相互作用チェック			<input type="checkbox"/>		
生活状況チェック (食事・睡眠等)			<input type="checkbox"/>		
アレルギーチェック			<input type="checkbox"/>		

※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。