

訪問薬剤管理指導指示書

医療機関名：.....

住所：.....

診療科：.....

主治医名：.....



薬局名.....

住所.....

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 年 月 日 (歳)
患者住所：	電話番号：
主たる疾病名；	病名告知 (有・無)
指示事項及び留意事項	
<input type="checkbox"/> ①コンプライアンス <input type="checkbox"/> ②服薬指導 (管理・保管も含む) <input type="checkbox"/> ③服薬時間 <input type="checkbox"/> ④薬剤の相互作用 <input type="checkbox"/> ⑤薬剤に影響のある食品等 <input type="checkbox"/> ⑥処方箋以外の薬剤の服用 <input type="checkbox"/> ⑦不要薬剤の処理 <input type="checkbox"/> ⑧副作用情報 <input type="checkbox"/> ⑨在宅介護用品の供給・相談応需 <input type="checkbox"/> ⑩その他：	留意事項：