

## 〈訪問薬剤管理指導・お薬相談〉希望書

令和 年 月 日



..... 居宅介護支援事業所；

..... ケアマネージャー；

..... 連絡先 TEL

..... FAX

患者氏名		生年月日	M・T・S 年 月 日
住所	介護度（要支援 1・2・要介護 1・2・3・4・5）		
受診医療機関 主治医	病院	科	先生
薬の 管理者	本人・家族（ ）・その他（ ）		

●上記患者様は、以下の問題がみられます。

①錠剤・カプセルがうまく飲み込めません。

②粉薬がうまく飲めません。

③薬が入れ歯に挟まって困っています。

④薬がバラバラにたくさん余っています。

⑤他科受診が多く何の薬かわかりません。

⑥薬が飲めない時間があります。（起床時・朝・昼・夕・寝る前・食前）

⑦通院困難です。

⑧薬の使用方法に問題があります。（吸入薬、インシュリン注など）

⑨その他問題事項

《1又は2に○をお付けください》

**1、上記の理由から、利用者様につきまして訪問薬剤管理指導（薬剤師の訪問による薬剤管理指導）が必要と思われます。利用者様・家族の了解は取ってあります。**

※ケアマネージャーさんの希望を、薬局からの提案書として医療機関に提出し、医師の了解・指示がいただけた場合は、訪問指導に伺います。

**2、お薬に関する相談があります。**

<例>一包化、お薬カレンダー、散剤化、残薬廃棄、など