

FAX 三重北医療センターいなべ総合病院薬剤部 0594- 72-8719

## 保険薬局における指導 指示依頼・変更書

三重北医療センターいなべ総合病院 御中

作成日 年 月 日  
 保険薬局名  
 連絡先 TEL  
 FAX  
 氏名

下記の患者に指導の必要性を認めました。薬学的管理・指導をさせていただきたいと考えておりますので、ご検討ください。  
 尚、ご本人（家族）には本件の内容および費用につき説明・同意を得ております。

依頼科	科	担当医	医師
患者 ID	氏名		
生年月日	年	月	日 ( 才 ) 男性 ・ 女性
必要な指導 <input type="checkbox"/> 在宅患者訪問薬剤管理指導 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
依頼内容 <input type="checkbox"/> 服薬状況と薬剤管理状況の確認 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 副作用の確認 <input type="checkbox"/> 服薬による ADL への影響	<input type="checkbox"/> 調剤方法の検討 <input type="checkbox"/> 介護者への負担軽減・生活状況の把握 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
備考			

病院記入欄			
担当医への確認	済 ( 年 月 日	職種	名前 )
担当医からの指示	<input type="checkbox"/> 指導を依頼する	<input type="checkbox"/> 指導を依頼しない	
処方箋への指示追加	済 ( 年 月 日	薬剤師	) ・ なし
特記事項	( )		