

訪問薬剤管理指導に係る情報提供書 及び 指示書

令和 年 月 日

薬局

殿

区分	<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		
患者氏名	様	性別	男 ・ 女
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日生 ( 歳)		
住所	〒 ー	電話 番号	
疾病名			疾病告知 無 ・ 有
既往歴			
治療状況			
指 示 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処方薬以外の服用			
<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			

上記の通り、訪問薬剤管理指導の実施を指示します。

医療機関名    社会保険大牟田天領病院  
所在地        福岡県大牟田市天領町 1-100  
電話番号      0944-54-8482

医師氏名 \_\_\_\_\_ 印