20　　　年　　　月　　　日

**在宅患者訪問薬剤管理指導（居宅療養管理指導）指示依頼・変更書【FAX照会】**

**京都市立病院**　御中

保険薬局名

住所（〒 －　　）

電話番号

FAX番号

担当者氏名

下記の患者に在宅訪問薬剤管理指導の必要性が認められましたので、ご検討ください。

尚、ご本人（ご家族）には、本サービス内容及び掛かる費用について説明し同意を得ています。

|  |  |
| --- | --- |
| 京都市立病院の  診察券番号 | ※判る範囲で結構です |
| 患者氏名 | 様 |
| 生年月日 | 明・大・昭・平・令　　　年　　月　　日（　　　　歳） |
| 住所 | 〒　　　　－ |
| 介護保険の有無 | □あり（要支援1・2　要介護1・2・3・4・5 ）　□なし |
| ケアマネジャー | 事業所名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  氏名（　　　　　　　） 連絡先（　　　 - -　　　　） |
| 依頼内容 | □服薬状況の確認　□服薬指導 　□薬剤管理状況の確認  □調剤方法の検討 □介護者の負担軽減 □副作用のチェック  □服薬によるADLへの影響 　□生活状況の把握  □調剤内容の変更  □麻薬の服薬状況及び管理状況確認  □その他 （ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 依頼科・担当医 | 科　　　　　　　　　　　医師 |
| コメント |  |

※太枠内に記入をお願い致します。