令和　　年　　月　　日

訪問薬剤管理指導指示書

医療機関名：

住所；　　　　　　　　　　　　　　　　薬局名

診療科；　　　　　　　　　　　　　　　住所

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