**在宅薬剤（居宅療養）管理指導依頼書**

**浜松市薬剤師会在宅支援ネット（P浜ねっと）事務局　行き**

**浜松市薬剤師会事務局（在宅介護委員会）**

**FAX：053-455-0627**

**E-mail：**phamanet2017@gmail.com

**※依　頼　者：**

**（医　師　・　ケアマネジャー　・　その他**）

**※依頼機関名：**

**※電　話：**　　　　　**-**　　　　　　- 　　　　　**※FAX：**　　　　　-　　　　　　-

**※患者性別： 男 ・ 女　　※年 齢 ： ５０　・　６０　・　７０　・　８０　・　９０　・　１００　歳代**

**※住　所：　浜松市 　　区　 　　　　　　町　　　　湖西市**

**介護度：（要支援　１　・　２　　要介護　１　・　２　・　３　・　４　・　５　）**

**ケアマネジャー　氏　名：** 　　**事業所名：**

**※病歴要約：**

**・在宅薬剤（居宅療養）管理指導に対しての要望、注意点など**

**※印は必須の項目です。必ずご記入よろしくお願いいたします。**