

在宅訪問薬剤（居宅療養）管理指導依頼書

鶴岡地区薬剤師会 在宅相談窓口 行き

(FAX : 0235-28-2631 E-MAIL : akane@pfercos.co.jp あかね薬局)



◎依頼者

所属機関名		氏名	
連絡先	TEL :	FAX :	
職種	医師・看護師・ケアマネジャー・その他 ()		

◎患者情報

患者氏名	(男・女)	年齢	
住所			
連絡先	TEL :	FAX :	
介護保険	要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 4 5) 未申請・申請中		
担当ケアマネ氏名		事業所名	

◎現病歴、既往歴

(現病歴)	(既往歴)

◎現在の状況 (ADL)、問題点

◎かかりつけ医、かかりつけ薬局 (複数あれば分かるだけ)

(かかりつけ医)	(かかりつけ薬局)

◎在宅薬剤管理指導に望むこと、注意点など

※情報提供いただく際は、患者・家族の同意の上でお願いいたします。