

## 「薬剤師のおためし訪問 2018」実施依頼書

連絡日 平成 30 年 月 日

鶴岡地区薬剤師会  
**FAX:26-0578**

依頼者：  
 事業所名：  
 電話：

下記の利用者に「薬剤師のおためし訪問」をお願いします。

【患者情報】

利用医療機関名		担当医師名	
利用者氏名	男・女	生年月日	年 月 日 ( 歳)
住所・電話番号	住所：		電話：
利用/希望薬局		訪問前の連絡	要 ⇒ (連絡先: ) 不要
薬剤師に訪問してほしい理由 (複数可)	①飲み忘れてしまう ②飲みづらい・飲んでくれない ③飲みすぎてしまう ④嚥下困難への対応 (胃瘻を含む) ⑤薬の管理ができていない ⑥残薬が多い ⑦副作用の不安 ⑧薬についての知識不足 ⑨多種類服薬への不安 ⑩他科受診に伴う相互作用の不安 ⑪薬剤の ADL への影響 ⑫QOL の向上 ⑬排便コントロール ⑭痛みの管理 ⑮多職種との連携 ⑯家族からの依頼 ⑰その他 (具体的に: )		
薬剤師に関与してほしい具体的な課題			
薬剤師に対する要望			

**FAX 送信先: 26-0578**  
**(鶴岡地区薬剤師会在宅相談窓口)**