

薬剤師おためし訪問依頼書

西曆 年 月 日

鶴岡地区薬剤師会在宅医療相談窓口

FAX:26-0578

依賴者：

事業所名:

電話：

【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：				
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					