依頼年月日　令和　　年　　月　　日

在宅患者訪問薬剤管理指導／居宅療養管理指導依頼書・情報提供書

<table>
<tr><td colspan="2">薬局　御中</td><td>医療機関名：
住所：
ＴＥＬ：
ＦＡＸ：
診療科：　　科
医師名：　　印</td></tr>
<tr><td rowspan="2">患者</td><td>氏名
（□男・□女）</td><td>生年月日
□大・□昭・□平・□令　　年　　月　　日
（　　歳）</td></tr>
<tr><td colspan="2">住所
連絡先</td></tr>
<tr><td>疾患名
(主な既往歴)</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>症状
治療状況</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>使用薬剤</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>留意事項
（検査値等）</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>薬剤師への
依頼内容</td><td colspan="2">□服薬管理および使用状況の確認および改善　□調剤方法の検討
□使用薬剤に対する理解向上　□副作用の確認
□介護者の負担軽減　□生活状況の改善
□服薬によるＡＤＬへの影響　□その他（　　）</td></tr>
<tr><td>服薬にあたっての情報</td><td colspan="2">□四肢運動機能障害　□寝たきり患者　□嚥下障害　□失語症
□視覚障害　□聴覚障害　□認知症
□その他（　　）</td></tr>
<tr><td>特別な医療</td><td colspan="2">□経管栄養　□疼痛管理　□褥瘡の処置　□ストーマの処置
□中心静脈栄養　□尿道カテーテル　□在宅酸素
□点滴管理　□その他（　　）</td></tr>
</table>