

提出日 令和 年 月 日

訪問薬剤管理指導・報告書

医療機関名 : 江南厚生病院

担当医師名 : 先生待史

受診科名 :

I D		性別	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女
氏名		生年 月日	<input type="checkbox"/> 大・ <input type="checkbox"/> 昭・ <input type="checkbox"/> 平・ <input type="checkbox"/> 令 年 月 日 (歳)
訪問回数	<input type="checkbox"/> 1 ヶ月に 回・ <input type="checkbox"/> 処方之都度・ <input type="checkbox"/> 曜日訪問・ <input type="checkbox"/> その他 ()		
服薬管理者	<input type="checkbox"/> 本人 ・ <input type="checkbox"/> 家族 ・ <input type="checkbox"/> ヘルパー ・ <input type="checkbox"/> その他 ()		
管理方法	<input type="checkbox"/> お薬カレンダー ・ <input type="checkbox"/> 配薬BOX ・ <input type="checkbox"/> 薬袋 ・ <input type="checkbox"/> その他 ()		
調剤方式	錠剤： <input type="checkbox"/> 全体一包化 (<input type="checkbox"/> 別包あり・ <input type="checkbox"/> なし) ・ <input type="checkbox"/> 指定 Rp 一包化 ・ <input type="checkbox"/> PTP 散剤： <input type="checkbox"/> 既製包装品 ・ <input type="checkbox"/> 分包 ・ <input type="checkbox"/> 粉碎調剤 ・ <input type="checkbox"/> その他 ()		
併用薬			
特記事項			

上記のとおり、訪問薬剤管理指導の実施について報告いたします。

令和 年 月 日

住所：

電話：

FAX：

保険薬局名・薬剤師名：

印