

宛

年 月 日

TEL

FAX

## 薬 剤 師 に よ る 訪 問 薬 剤 管 理 指 導 依 頼 書

\*本人の同意について

- ご本人、ご家族の同意を得て、ご連絡いたします。 同意した日 年 月 日
- ご本人の心身状況から同意は得られていませんが、ご本人のために必要がありますのでご連絡いたします。

患者	ふりがな		生年月日	明・大・昭	年	月	日
	お名前		性別	男	女	年齢 ( 歳 )	
				TEL			
住所							
申込者	ふりがな						
	お名前	病院・主治医・介護支援専門員・ご家族 その他( )					
		住所	TEL				
依頼内容	<input type="checkbox"/> コンプライアンス不良(服薬指導) <input type="checkbox"/> 飲み忘れの対処(一包化、剤形の再検討) <input type="checkbox"/> 重複、相互作用の要チェック <input type="checkbox"/> 薬剤によるADL低下の可能性(転倒など) <input type="checkbox"/> 副作用のチェック・再発防止が必要 <input type="checkbox"/> 水分量のチェック <input type="checkbox"/> 処方内容の理解が不足 <input type="checkbox"/> 剤型の要検討 <input type="checkbox"/> 居宅療養薬剤管理指導が必要 <input type="checkbox"/> 訪問服薬管理指導が必要 <input type="checkbox"/> 退院時カンファレンス <input type="checkbox"/> その他						
生活情報	認知及び意思決定	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> いくらか困難	<input type="checkbox"/> 判断できない	<input type="checkbox"/> 不明		
	指示・理解	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> やや不良	<input type="checkbox"/> 不良			
	ADL	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
	手指の機能	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> やや不良	<input type="checkbox"/> 不良			
	視力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 見え難い	<input type="checkbox"/> 見えない	<input type="checkbox"/> 眼鏡使用		
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 聞こえ難い	<input type="checkbox"/> 聞こえない	<input type="checkbox"/> 補聴器使用		
	嚥下障害	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 経口	<input type="checkbox"/> 経管(鼻腔・胃)	<input type="checkbox"/> TPN	
	義歯装着	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	(問題点: )			
	薬剤管理	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> その他( )			
服用方法	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> その他( )				
主な病名				服用薬剤			
既往歴	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 骨折など(部位: ) <input type="checkbox"/> パーキンソン症候群 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> その他( )						
【備考】							
主治医				TEL			
介護支援専門員				TEL			
主介護者情報	名前				関係		
	住所				TEL		