

日本医科大学多摩永山病院 薬剤部
保険薬局による訪問薬剤管理指導 指示依頼書

作成日： 年 月 日

患者氏名		保険薬局名	
患者 ID		薬剤師名	
生年月日	年 月 日	電話番号	
診療科		FAX 番号	
処方医師名		訪問開始希望日	年 月 日
対象理由	・ アドヒアランス不良 ・ 服薬管理困難 ・ 残薬多い ・ 認知機能低下 ・ 患者、または家族より管理の希望あり ・ その他（ ）		
ケアマネジャー	☐ 介入あり ☐ 介入なし		
特記事項			
備考			

【醫師指示欄】

- 上記患者について訪問薬剤管理指導を必要と認めます。
- 保険薬局からの報告を継続的に受け、必要時処方調整を行います。

醫師署名： _____ 印 _____

【報告先】 日本医科大学多摩永山病院 薬剤部 FAX : 042-372-7345