

□在宅患者訪問薬剤管理指導・□居宅療養管理指導
指示依頼書

依頼年月日 令和 年 月 日

長野県立阿南病院	
科	先生
	保険薬局名 住所 電話 Fax 担当者 印
患者様情報	氏名 様 性別（ 男 ・ 女 ）
	生年月日 明・大・昭 年 月 日
	住所
	TEL
	介護度：要支援 ☐ 1 ☐ 2 要介護 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ケアマネジャー：
薬剤師による 在宅訪問必要性	☐ 服薬状況の確認 ☐ 服薬指導 ☐ 薬剤管理状況の確認 ☐ 調剤方法の検討 ☐ 介護者の負担軽減 ☐ 副作用のチェック ☐ 服薬によるADLへの影響 ☐ 生活状況の把握 ☐ その他（ ）
□訪問薬剤管理指導または居宅療養管理指導の実施について、上記患者様のご了承を得ている	
□情報提供料（250点）が毎回発生することを説明し、上記患者様のご了承を得ている	
□介護保険利用中の方は、担当ケアマネジャー様と事前に相談ができています	
備考欄：	

*医師の判断により作成できない場合があります。

*指示書は診療情報提供書料が発生します。あらかじめ患者様へ説明の上ご依頼ください。

*介護保険利用中の方は、居宅療養管理指導実施について担当ケアマネジャー様とも事前にご相談の上ご依頼ください。