

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						
<input checked="" type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> 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。				
ふりがな	さかい たろう	生年月日	明・天・昭 ○年 ○月 ○日			
患者お名前	堺 太郎	性別	男・女 年齢 (○○歳)			
		TEL	072-○○○-○○○○			
連絡先	ご住所 堺市 ○○区					
ふりがな		病院・主治医・介護支援専門員・ご家族				
申込者お名前	○○医院	その他( )				
連絡先	ご住所 堺市 ○○区	TEL 072-○○○-○○○○				
依頼内容	<input checked="" type="checkbox"/> コンプライアンス不良(服薬指導)					
	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> やや不良	<input type="checkbox"/> 不良		
	ADL	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input checked="" type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	手指の機能	<input type="checkbox"/> 良好	<input checked="" type="checkbox"/> やや不良	<input type="checkbox"/> 不良		
	視力	<input type="checkbox"/> 普通	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (問題点: )			
	薬剤管理	<input checked="" type="checkbox"/> 本人	<input checked="" type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> その他( )		
服用方法	<input checked="" type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> その他( )			
主な病名	高血圧症		服用薬剤	<input checked="" type="checkbox"/> 別紙添付処方箋あり		
既往歴	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input checked="" 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