

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 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	生年月日 明・大・昭 年 月 日
患者 お名前	性別 男 ・ 女 年齢 (歳)
	TEL
連絡先	ご住所
ふりがな	病院 ・ 主治医 ・ 介護支援専門員 ・ ご家族 その他()
申込者 お名前	
連絡先	ご住所 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