保険薬局による訪問薬剤指導提案書

綜合病院山口赤十字病院　　　　　　　科　　　　　　先生侍史

送付日　　　年　　月　　日

　平素より大変お世話になっております。下記理由にて訪問薬剤指導の実施をご提案致します。お手数ですが、ご返信よろしくお願いいたします。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | | ID |  | 年齢 |  |
| 介護度 | なし　・　要支援　１　２　・　要介護　１　２　３　４　５ | | | | | |
| 訪問薬剤指導見込み期間 | | | 継続、　　ヶ月・年、その他（　　　　　　　） | | | |
| 訪問薬剤指導見込み回数 | | | 週・月　　 　 回、その他（　　　　　　　） | | | |
| ケアマネージャー | | |  | | | |
| ケアマネージャーの連絡先 | | |  | | | |
| 実施依頼理由 | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 導入開始時期 | | できるだけ早急に ・ 次回受診時より ・その他( 　 ) | | | | |

|  |
| --- |
| 返信欄（医師記入欄） |
| 当該保険薬局による訪問薬剤指導を（　要する・要しない　）と認めます。  要しない場合はその理由（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　　　　　　医師名：綜合病院山口赤十字病院 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保険薬局名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ：