



## 訪問薬剤指導指示依頼書兼中止報告書

処方医: \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 先生 御机下 報告日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ID:	保険薬局 名称・住所
患者名:	
処方箋発行日	
調剤日	TEL: _____ FAX: _____
	担当薬剤師: _____ 印

上記患者様に、訪問薬剤指導の必要性が認められましたので指示をお願い致します。  
なお、ご本人(ご家族)には内容、費用について説明し、同意を得ております。

指導理由	<input type="checkbox"/> コンプライアンス不良 <input type="checkbox"/> 認知機能低下 <input type="checkbox"/> 服薬管理困難 <input type="checkbox"/> ハイリスク薬の服用 <input type="checkbox"/> その他( _____ )
管理内容	<input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 服薬状況の確認 <input type="checkbox"/> 薬剤管理状況の確認 <input type="checkbox"/> 調剤方法の検討 <input type="checkbox"/> 副作用チェック <input type="checkbox"/> ポリファーマシー対応 <input type="checkbox"/> その他( _____ )
初回訪問予定	_____ 年 _____ 月 _____ 日
その他 連絡事項	

訪問指導中止報告 中止依頼時にチェックをお願いします。

<input type="checkbox"/> 当該患者の訪問指導を下記理由により中止致します。
理由:

(病院記入欄)

医師診療支援室	訪問薬剤管理指示代行入力 <input type="checkbox"/> 済 (入力後チェックしてください)
該当診療科	診療情報提供料 I 算定 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 (指示書兼情報提供書は FileMaker から作成)
	医師 印 ( _____ 年 _____ 月 _____ 日)

FAX は保険薬局から医薬品情報室に届いたら、医療支援課(3600)に連絡。

医師診療支援室は代行入力し、各診療科に医師押印の依頼。

中止依頼分は医療支援課でスキャンをする。

診療情報提供料 I 算定時、「薬剤管理指導指示書・情報提供書」は文書受付でスキャンする。