

【ファクシミリ施行】

医療・介護ケア連絡票 様式7

患者情報提供書 ・ 訪問依頼書

保険薬局名

御中

平成 年 月 日

医療機関名

住 所

T E L

F A X

医師名

印

※下記の患者に対して処方せん交付の際に訪問し、薬剤の管理指導を行ってください。

患者氏名	様 (男・女)	生年月日	M・T・S・H 年 月 日 (歳)
住所		連絡先	TEL FAX
既往名歴・	告知 : <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し 告知病名 ()		
定期薬処方内容	<input type="checkbox"/> 下記参照 <input type="checkbox"/> 別紙参照		
患者状態	全身状態 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良 特殊な調剤 <input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 粉碎 <input type="checkbox"/> その他 () 運動状態 <input type="checkbox"/> 歩行可能 <input type="checkbox"/> 坐位 <input type="checkbox"/> 臥位 服薬理解度 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し 麻薬投与 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し 栄養摂取 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 経管 投与予定 (<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 未定) 認知症 <input type="checkbox"/> 有り (軽度・中度・重度) <input type="checkbox"/> 無し 排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> オムツ使用 <input type="checkbox"/> 導尿 麻痺 <input type="checkbox"/> 有り (部位:) <input type="checkbox"/> 無し 意思疎通 <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 不可		
及び治療経過目標			
指導依頼事項	<input type="checkbox"/> 服薬管理 (服用・使用状況、残薬状況 等) <input type="checkbox"/> 患者モニタリング (症状、薬効、副作用、併用薬 等) <input type="checkbox"/> 薬剤の配送 <input type="checkbox"/> 麻薬管理		