

「在宅患者訪問薬剤管理依頼書・情報提供書」 作成お願い

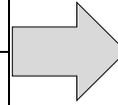
年 月 日

依頼元

事業所名	
担当者	
電話	
FAX	

依頼先

碧南市民病院 患者サポート室
地域連携 看護師宛
FAX 0566(46)3774
電話 0566(48)5050



書類郵送先	〒	愛知県	市
-------	---	-----	---

訪問薬剤管理指導依頼書の書類費用及び支払いがあることを説明した。(2,500円×保険割合)

<input type="checkbox"/> 介護保険	<input type="checkbox"/> 医療保険	サービス利用開始日	年	月	日
患者氏名	様	性別	男 ・ 女		
生年月日	T ・ S ・ H ・ R	年	月	日	年齢 歳
住所	〒				
電話番号	自宅 ( ) 携帯電話 ( )				
介護保険情報	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 介護認定なし 担当ケアマネジャー氏名 ( ) 居宅介護支援事業所名 ( )				
サービス開始理由					
訪問で期待すること	<input type="checkbox"/> 服薬状況の確認 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <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"/> 副作用のチェック <input type="checkbox"/> 服薬によるADLへの影響 <input type="checkbox"/> 生活状況の把握 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
服用に関する情報	<input type="checkbox"/> 運動機能障害 <input type="checkbox"/> 寝たきり患者 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 認知症患者 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
特別な医療	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 点滴管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> その他 ( )				

備考
----