

【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

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
既往病歴・	告知： ☐ 有り ☐ 無し 告知病名（ ）		
定期薬処方内容	☐ 下記参照 ☐ 別紙参照		
患者状態	全身状態 ☐ 良好 ☐ 普通 ☐ 不良 特殊な調剤 ☐ 一包化 ☐ 粉碎 ☐ その他（ ） 運動状態 ☐ 歩行可能 ☐ 坐位 ☐ 臥位 服薬理解度 ☐ 良好 ☐ 普通 ☐ 不良 嚥下障害 ☐ 有り ☐ 無し 麻薬投与 ☐ 有り ☐ 無し 栄養摂取 ☐ 経口 ☐ 点滴 ☐ 経管 投与予定（ ☐ 有り ☐ 無し ☐ 未定 ） 認知症 ☐ 有り（ 軽度・中度・重度 ） ☐ 無し 排泄 ☐ 自立 ☐ オムツ使用 ☐ 導尿 麻痺 ☐ 有り（部位： ） ☐ 無し 意思疎通 ☐ 可能 ☐ 困難 ☐ 不可		
及び治療経過目標			
指導依頼事項	☐ 服薬管理（服用・使用状況、残薬状況等） ☐ 患者モニタリング（症状、薬効、副作用、併用薬等） ☐ 薬剤の配送 ☐ 麻薬管理		