

年 月 日

千葉県済生会習志野病院
医師業務支援室宛

電話番号

	☐ 訪問	☐ 居宅
患者情報	氏名（カタカナ）	
	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日
薬剤師による 在宅訪問必要性	担当薬剤師名	
	☐ 服薬状況の確認	
	☐ 服薬指導	
	☐ 薬剤管理状況の確認	
	☐ 調剤方法の検討	
	☐ 介護者の負担軽減	
	☐ 副作用のチェック	
	☐ 服薬によるADLの影響	
	☐ 生活状況の把握	
	☐ その他（ ）	
	上記在宅訪問必要性の詳細	
☐ 訪問薬剤管理指導を実施することに上記患者様と合意している		
☐ 情報提供料の費用について上記患者様と合意している		
備考欄		

※指示書は情報提供料が発生します。患者さんへ説明の上ご依頼ください。