

保険薬局向け診療情報提供書  
(在宅患者訪問薬剤管理指導指示書)

平成 年 月 日

薬局 様

保険医療機関の 独立行政法人国立病院機構  
所在地および名称 やまと精神医療センター  
電話番号 0743-52-3081  
保険医師名 (印)

患者ID		生年月日	年 月 日	年 齢	歳
患者氏名		電話番号		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
患者住所	〒			家族構成	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 昼間独居
主たる疾患名					
服薬指導 指示項目	<input type="checkbox"/> 服薬自己(介護・看護) コントロール <input type="checkbox"/> 定期処方・臨時処方等 効能、効果、副作用内容 <input type="checkbox"/> 適正な服薬方法、注意事項		<input type="checkbox"/> 薬剤保管、管理方法 <input type="checkbox"/> アドヒアランス向上のための有益性情報 <input type="checkbox"/> その他( )		
指導依頼目的	<input type="checkbox"/> 合併症があり、多剤服用しているため <input type="checkbox"/> 薬への理解の向上が必要なため <input type="checkbox"/> 患者または家族が相談を希望しているため		<input type="checkbox"/> 症状が不安定で処方内容変更のため <input type="checkbox"/> 残薬確認 <input type="checkbox"/> その他( )		
特記すべき 留意点	<input type="checkbox"/> 指示内容変更 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 継続指導 <input type="checkbox"/> 指導中止		連絡事項	<input type="checkbox"/> 服薬指導の理解度 <input type="checkbox"/> 服薬状況	
日常生活自立度	認知症度	意思疎通	主たる看護者		
<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 生活自立(J1、J2) <input type="checkbox"/> 屋内自立(A1、A2) <input type="checkbox"/> 屋内介助(B1、B2) <input type="checkbox"/> ベット上(C1、C2)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 自立(I) <input type="checkbox"/> 要注意(IIa、IIb) <input type="checkbox"/> 要介護(IIIa、IIIb) <input type="checkbox"/> 要介護(IV) <input type="checkbox"/> 専門医療(M)	<input type="checkbox"/> 完全に通じる <input type="checkbox"/> ある程度通じる <input type="checkbox"/> ほとんど通じない	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 嫁 <input type="checkbox"/> 子供 <input type="checkbox"/> その他( )		
備 考			訪問希望日時等		

※ 処方内容は別紙院外処方せんをご参照ください。なお、当該患者は介護保険の認定患者であり、要介護等認定有効期間は、平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日まで有効で、要介護等認定は、(□要支援1、□要介護1、□要介護2、□要介護3、□要介護4、□要介護5)です。