

年 月 日

在宅患者訪問薬剤管理指導・居宅療養管理指導申込書

下記患者に対して、在宅患者訪問薬剤管理指導・居宅療養管理指導に関する十分な説明を患者・家族に行い、同意を取得しております。

依頼元保険薬局（申請者）

薬局名		
薬局住所		
TEL	FAX	
担当薬剤師		
訪問理由		
<input type="checkbox"/> 残薬調節	<input type="checkbox"/> 来局困難	<input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減
<input type="checkbox"/> 認知面での不安	<input type="checkbox"/> ポリファーマシー	<input type="checkbox"/> その他

患者情報

<input type="checkbox"/> 日本鋼管病院	<input type="checkbox"/> こうかんクリニック			
患者氏名	生年月日	年	月	日
こうかん会ID				
担当医師 診療科	医師名			

申し込み窓口

こうかんクリニック 薬剤室 FAX：044-366-8909

※こうかん会ID は処方箋患者氏名の上に記載されている番号です