

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