

# 訪問薬剤管理指導依頼書

年 月 日

(薬剤師)	(依頼者)
薬局名	事業所
所在地	所在地
Tel Fax	Tel Fax
薬剤師氏名 様	氏名

## 利用者の情報

本人	ふりがな	生年月日
	氏名 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	M・T・S 年 月 日 ( 歳)
	住所	Tel
	介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 要支援 <input type="checkbox"/> 1・ <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1・ <input type="checkbox"/> 2・ <input type="checkbox"/> 3・ <input type="checkbox"/> 4・ <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 総合事業対象者※
	認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日
介護者	氏名 (続柄: )	
	住所	Tel
依頼内容	<input type="checkbox"/> 処方内容の理解不足している。服薬指導が必要 <input type="checkbox"/> 飲み忘れの対処の検討（一包化、剤形の要検討）が必要 <input type="checkbox"/> 薬剤による ADL 低下の可能性あり。副作用、重複、相互作用チェックが必要 <input type="checkbox"/> 退院時カンファレンスが必要 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導が必要 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
主治医の薬剤師訪問指示の有無 ( <input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし )		
主な病名		
主治医	Tel	
既往歴	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 骨折等 (部位 ) <input type="checkbox"/> パーキンソン症候群 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
生活情報	認知及び意思決定	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 判断できない <input type="checkbox"/> 不明
	指示・理解	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良
	ADL	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	手指の機能	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良
	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えづらい <input type="checkbox"/> 見えない <input type="checkbox"/> 眼鏡使用
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞こえづらい <input type="checkbox"/> 聞こえない <input type="checkbox"/> 補聴器使用
	嚥下障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 経口・ <input type="checkbox"/> 経管 (鼻腔・胃) ・ <input type="checkbox"/> TPN )
	義歯装着	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (問題点: )
	薬剤管理	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	服用方法	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 ( )
家族・生活状況に関する情報、考慮していただきたい内容等		

※ 総合事業とは、平成 27 年度から新たに開始された市町村事業（地域支援事業）をいう。

※ 総合事業対象者は、国の基本チェックリストに該当したもの（介護保険の要支援相当のもの）をいう。