

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・居宅療養管理指導 指示書

保険診療機関の
所在地および名称

電話番号

保険医氏名

印

患者氏名		生年月日		電話番号	
ケアマネ		事業所名		性別	
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"/> 疼痛緩和の効果等 <input type="checkbox"/> その他 ()		
服薬依頼目的	<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"/> 治療効果が不十分なため <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(寝たきり度)	日常生活自立度	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"/> ベッド上(C1 C2)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 自立(I) <input type="checkbox"/> 要注意 <input type="checkbox"/> 要介護(Ⅲa Ⅲb) <input type="checkbox"/> 常介護(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	服薬状況: <input type="checkbox"/> 経口(錠剤) <input type="checkbox"/> 経口(粉砕) <input type="checkbox"/> 経管(胃) <input type="checkbox"/> 経管(腸)				訪問希望日時等

* 処方内容は別紙院外処方箋をご参照ください。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、要介護認定は

要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5