

在宅訪問薬剤管理指導の指示依頼書

年 月 日

三友堂病院

主治医： 先生

患者氏名： 様 (ID:)

上記患者さんは、薬剤師による在宅訪問管理指導が必要と考えますので、ご高察の上、ご指示くださいますようお願いいたします。

在宅訪問が必要と思われる理由

指示をいただける場合は、下記2点が必要となりますので、よろしくお願いいたします。

※ 初回在宅へ訪問時には、診療情報提供書(訪問指示書)が必要です。

また、患者の薬物療法状況に変化のあった場合は、新たな診療情報提供書が必要です。

※ 処方箋の備考欄に「訪問薬剤管理指導をお願いします」と一筆ご記載ください。

保険薬局名：

住所：

電話番号：

FAX番号：

メールアドレス：

担当薬剤師名：

三友堂病院