

在宅訪問薬剤管理指導 報告書

年 月 日

三友堂病院

主治医: 先生

| | |
|--------|--|
| 患者氏名: | 様 (ID:) 生年月日: 年 月 日(歳) |
| 訪問回数: | <input type="checkbox"/> 週1回 <input type="checkbox"/> 2週に1回 <input type="checkbox"/> 月1回 <input type="checkbox"/> その他() |
| 服薬管理者: | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族() <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> 訪問看護師 <input type="checkbox"/> その他 |
| 管理方法: | <input type="checkbox"/> PTP <input type="checkbox"/> 薬袋 <input type="checkbox"/> 配薬ボックス <input type="checkbox"/> お薬カレンダー <input type="checkbox"/> その他() |
| 調剤形態: | <input type="checkbox"/> 分包 <input type="checkbox"/> 別包あり <input type="checkbox"/> PTP <input type="checkbox"/> 粉碎 <input type="checkbox"/> 簡易懸濁 <input type="checkbox"/> その他() |
| 併用薬: | |
| 特記事項: | |

上記の通り、訪問薬剤管理指導の実施について報告いたします。

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:

印