|  |
| --- |
| 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：　　　　　　　　　　　先生御机下 |
| 患者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様　ID：　　　　　　　　　） |
| 上記患者様は、保険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。 |
| 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。 |
| ※１　初回在宅訪問時には、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。 |
| ※２　処方時に □訪問薬剤管理指導　にチェックを入れてください。 |
| 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： |

三友堂病院専用依頼書