

年 月 日

市立野洲病院  
ご担当先生 御机下

薬局名：  
住 所：  
TEL：  
FAX：

## 保険薬局向け 診療情報提供書発行のご依頼

拝啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。  
早速ではございますが、下記の患者様が在宅患者訪問薬剤管理指導・居宅療養管理指導を利用されることとなりました。つきましては、指示書のご発行をお願いいたたく存じます。  
お手数をおかけしますが、何卒よろしくお願い申し上げます。

敬具

### 記

患者氏名		生年月日		電話番号	
服薬指導 指示事項	<input type="checkbox"/> 服薬自己(介護・看護)コントロール		<input type="checkbox"/> 薬剤保管、管理方法		
	<input type="checkbox"/> 定期処方・臨時処方等 効能、効果、副作用内容		<input type="checkbox"/> 疼痛緩和の効果等		
	<input type="checkbox"/> 適切な服薬方法、注意事項		<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				
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	

以上