訪問薬剤管理指導指示書

(フリガナ) 患者氏名	性別 殿　（ＩＤ：　　）	生年月日	歳
患者住所	〒	電話番号	

主たる傷病名	投与中の薬剤の用量・用法
病状・治療状況	

日常生活自立度	寝たきり度		要介護認定の状況	介護保険申請なし
	認知症の状況		褥瘡の深さ	DESIGN分類 NPUAP分類

使用医療機器・器具等指導が必要なもの	1. 酸素療法（　　L/min）　2. 吸引（吸痰）器 3. 気管カニューレ（製品名　　サイズ　　、　　日に１回交換） 4. 経管栄養（経鼻・胃瘻：サイズ　　、　　日に１回交換） 5. 膀胱留置カテーテル（サイズ　　、　　日に１回交換） 6. 人工呼吸器（製品名　　設定　　） 7. 中心静脈栄養・ポート　8. 輸液ポンプ（製品名：　　） 9. 人工肛門　10. 人工膀胱　11. ドレーン（部位：　　）　12. 簡易血糖測定器 13. 自動腹膜灌流装置　14. 透析液供給装置　15. その他（　　）

訪問薬剤に関する指示事項

☐服薬状況の確認　☐服薬指導　☐残薬指導と残薬整理　☐残薬の薬局管理　☐不要薬・麻薬等の処分
☐再分包　☐調剤方法の検討　☐患者宅への定期配薬　☐処分忘れチェック
☐併用禁忌薬チェック　☐内服コンプライアンス向上への提案　☐その他（　　）

具体的指示

特記すべき留意事項(注：薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往等があれば記載して下さい。)

上記の通り、指示いたします。

患者基本情報につきましてはケアマネージャーに情報提供を依頼してください。
症状などにつきましては、訪問看護ステーションに情報提供を依頼してください。
報告書は訪問看護とケアマネージャーにもFAXいただければ幸いです。

指示日
医療機関名
連絡先
住所
電話　　FAX

調剤薬局　　殿　　医師氏名　　印