

[別記様式 11 に準じた様式]

診療情報提供書 (I)

提供先保険薬局名
担当薬剤師

宛て

年 月 日

提供元医療機関
所在地
名称
電話番号

医師氏名

印

患者氏名	
患者住所	性別 男 ・ 女
電話番号	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳) 職業

傷病名	
提供目的	在宅患者訪問薬剤管理指導 [(介護予防)居宅療養管理指導] に必要な情報の提供
既往歴	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 骨折 (部位:) <input type="checkbox"/> パーキンソン症候群 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> その他 ()
症状経過及び検査結果	
治療経過	
訪問薬剤管理指導時の指示項目	<input type="checkbox"/> 処方箋調剤 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導 <input type="checkbox"/> 薬剤などの患者宅へ配送 <input type="checkbox"/> 患者宅における薬剤の保管、管理 <input type="checkbox"/> 不要薬剤 (残薬や期限切れ) <input type="checkbox"/> 患者の療養環境を衛生的に保つための指導助言 <input type="checkbox"/> 患者、介護者のニーズ把握などの供給、相談応需 <input type="checkbox"/> 高度在宅医療に必要な特殊製剤、配送、使用指導 (IVH 製剤・経管経腸栄養剤・癌性疼痛鎮痛剤・CAPD 製剤・酸素) <input type="checkbox"/> その他 ()
服用薬剤	<input type="checkbox"/> 処方せん発行又は添付のため省略
報告書	訪問薬剤管理指導後の報告書送付方法 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 電子連絡帳・メール <input type="checkbox"/> その他 ()

備考 1. この様式は、別記様式 11 を保険薬局への情報提供用に変更しています。

2. 必要がある場合は続紙に記載して添付してください。

3. 紹介先が保険薬局ですので、患者住所及び電話番号の記載をお願いします。