［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　　　　　　　　　　　　　㊞

|  |
| --- |
| 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 | □心臓病　　□腎臓病　　□糖尿病　　□喘息　　□高血圧　　□低血圧  □脳卒中　　□肺炎　　　□肝臓病　　□骨折（部位：　　　　　　　　　）  □パーキンソン症候群　　□認知症　　□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 | □処方箋調剤　　　□訪問薬剤管理指導　　　　□薬剤などの患者宅へ配送  □患者宅における薬剤の保管、管理　　　　　　□不要薬剤（残薬や期限切れ）  □患者の療養環境を衛生的に保つための指導助言  □患者、介護者のニーズ把握などの供給、相談応需  □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　）  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 服用薬剤 | □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  □FAX　　□郵送　　□電子連絡帳・メール　　□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。