診 療 情 報 提 供 書

提供先保険薬局名

担当薬剤師　　　　　　　　　宛

年　　月　　日

提供元医療機関

所在地及び名称

電話番号

医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

|  |
| --- |
| 患者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　性別　男・女  患者住所  電話番号  生年月日　大・昭・平・令　　　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　　□悪性腫瘍  □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 | □服薬指導　　　　　　　　　　　　□飲み忘れの対処（一包化・剤形の再検討）  □重複・相互作用のチェック　　　　□副作用のチェック  □水分量のチェック  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 服用薬剤 | □処方せん発行又は添付のため省略  □別紙参照 |