

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

⑩

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	<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"/> 悪性腫瘍 <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"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 飲み忘れの対処 (一包化・剤形の再検討) <input type="checkbox"/> 重複・相互作用のチェック <input type="checkbox"/> 副作用のチェック <input type="checkbox"/> 水分量のチェック <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 <input type="checkbox"/> 別紙参照