

「薬剤師のおためし訪問」実施依頼書

連絡日 平成 年 月 日

山形県薬剤師会 御中
FAX:023-632-5196

依頼者
事業所名:
作成者:
TEL: FAX:

下記の利用者に「薬剤師のおためし訪問」をお願いします。

(山形県薬剤師会記入欄)
No. _____

【患者情報】

利用医療機関名			担当医師名		
利用者氏名		男・女	生年月日	T・S・H	年 月 日 (歳)
住所・電話番号	電話： -				
利用している薬局・希望する薬局	①	薬局	②	薬局	
※ご依頼に添えない場合がございます					
薬剤師の訪問時に希望する課題（複数可）	①飲み忘れてしまう ②飲みづらい・飲んでくれない ③飲みすぎてしまう ④嚥下困難への対応（胃瘻を含む） ⑤薬の管理ができていない ⑥残薬が多い ⑦副作用の不安 ⑧薬についての知識不足 ⑨多種類服薬への不安 ⑩他科受診に伴う相互作用の不安 ⑪薬剤の ADL への影響 ⑫QOL の向上 ⑬排便コントロール ⑭痛みの管理 ⑮多職種との連携 ⑯家族からの依頼 ⑰その他（具体的に：)				
薬剤師が関与してほしい具体的な課題					
薬剤師に対する要望					

※ 記入いただいた個人情報は、平成 29 年度「患者のための薬局ビジョン推進事業」多職種による薬剤師・薬局の在宅医療サービス推進事業（山形県委託事業）の実施関連業務においてのみ使用いたします。