兵庫県立淡路医療センター　薬剤部

FAX：0799-24-7332

在宅訪問薬剤管理指導報告書

年　　　月　　　日

担当医　　　　　科　　　　　　　　先生　　　　　　　　　　　薬局名：

住所：

電話：

FAX：

薬剤師名：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者 | 氏名 |  | | 性別 |  |
| 生年月日 |  | 電話 |  | |
| 住所 |  | | | |

対象年月

訪問月

|  |  |
| --- | --- |
| 今回処方薬 |  |
| 他科受診 |  |
| 併用薬剤 |  |
| 薬学的管理内容 | ①薬効説明：  ②理解度：  ③管理/保管状況：  ④コンプライアンス：  ⑤他科受診：  ⑥併用薬品：  ⑦副・相互作用：  ⑧健康・嗜好：  ◆処方変更：  ◆GEへの変更希望：  ◆残薬の確認： |
| 症状に関する情報 |  |
| 多職種からの情報 |  |
| 服薬によるADL・QOLへの影響 |  |
| 次回計画 | 上記のプロブレムを継続的に確認・指導する。 |
| 薬学的管理指導・説明のポイント |  |
| その他お伝えしたい事項 |  |
| 次回訪問日／訪問間隔 | 年　　月　　日／ |