**訪問薬剤（居宅療養）管理指導依頼**

**長崎薬剤師在宅医療研究会（P－ネット）事務局　行き**

FAX：095-821-4077

E-mail：penguin\_ph1993@yahoo.co.jp 　ペンギン薬局

依頼機関名：　　　　　　　　　　　　　　　依頼者：

職種：医師、看護師、ケアマネージャー、MSW、ヘルパー、他（○をつけてください）

電話：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ：

患者氏名：　　　　　　　　　　　　　(男・女)　　　年齢：　　　　　歳

住所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先：

介護度　要支援　1　　2　　　要介護　　　1　　2　　3　　4　　5

在宅医　　　　　　　　　　　　　訪問看護

担当ケアマネ：　　　　　　　　　（施設名　　　　　　　　　　　）

・簡単な診療情報・病歴

・薬剤管理指導に係る注意・要望等