

# 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](mailto: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 : \_\_\_\_\_ F A X : \_\_\_\_\_

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

---

---

---

---

---