●年●月●日

●●病院　●●科

●●　先生　御机下

（事業所名）

（ケアマネ氏名）

（連絡先）TEL

　　　　　FAX

居宅療養管理指導（薬剤管理）の指示について

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 | 登別市 |
| 氏名 |  | 性別 |  | 昭和　年　月　日生（　　歳） |
| 介護度 |  | 有効期間 |  |

平素より大変お世話になっております。

上記の者につきましては、

□　薬の飲み忘れや飲み間違いなどの服薬管理

□　薬が飲みにくさの改善

□　副作用の確認

□　生活状況の確認

□　次回受診日の確認指示

□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

の必要性がありますので、薬剤師による居宅療養管理指導を導入したいと考えております。

つきましては、

□　[　　　　　　　　　　]薬局宛てに、標記書類をご提出いただくようお願いいたします。

□　処方箋処方時に在宅訪問の指示を出してくださいますようお願いいたします。