

訪問薬剤管理指導 依頼書

(新規ご相談・お問い合わせFAX送信状)

送信先：うさぎ薬局 御中

FAX: 092-862-8774

送信日：令和 年 月 日

送信枚数：本状含め計 枚

下記にご記入の上、送信をお願いいたします。担当薬剤師よりご指定の連絡方法にて折り返しご連絡申し上げます。

※フェースシートや診療情報提供書がある場合は一緒にFAX頂けますと幸いです。

ご紹介元 (ご依頼者様)	事業所名・法人名：	
	ご担当者名：	
	電話番号：	FAX番号：
	初回のご連絡方法： <input type="checkbox"/> お電話 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> MCS等の連携ツール	

対象の患者様	お名前（フリガナ）：	生年月日・年齢： ・昭・平 年 月 日（ 歳）
	ご住所：	

ご相談の 主な目的 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 薬の飲み忘れ・管理困難（一包化・配薬カレンダーの希望等） <input type="checkbox"/> 退院時の在宅服薬指導・移行支援 <input type="checkbox"/> 重度心不全・末期がん等の緩和ケア（医療用麻薬等） <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養（TPN）等の無菌調剤 <input type="checkbox"/> その他・事前の空き状況確認など
現在の状況・ 特記事項	※同居家族の有無、主治医、ADLなどや、特に期待することをご自由にご記入ください。

【お急ぎの場合・緊急のご相談】

至急の退院対応や麻薬・無菌調剤の相談が必要な場合は、薬剤師直通専用ダイヤル **070-8582-5770（24時間対応）** までお電話ください。