

在宅訪問お薬管理依頼票

* 印のついている項目は必ずご記入ください

依頼日* 令和 年 月 日

回答期限*	<input type="checkbox"/> 本日中	<input type="checkbox"/> 今週中	<input type="checkbox"/> できるだけ早く	回答方法*	<input type="checkbox"/> TEL	<input type="checkbox"/> FAX
	<input type="checkbox"/>	月	日まで	<input type="checkbox"/> 特になし	<input type="checkbox"/> その他()

依頼者情報 (いずれかに○をしてください * → 医師 看護師 ケアマネ ヘルパー その他)

担当者名*		会社名*	
TEL*		FAX*	

ケアマネ情報 (依頼者情報で「ケアマネ」を選択した場合は記入不要)

担当者名*		会社名*	
TEL*		FAX*	

患者さん情報

氏名		性別*(男 女)	生年月日	M・T・S	年	月	日(才)
要介護度*	非該当 ・ 支1 ・ 支2 ・ 介1 ・ 介2 ・ 介3 ・ 介4 ・ 介5						
住所1* (番地まで)	大田区	丁目	番地	住所2 (番地以降)	号		

主な依頼内容(複数チェック可)*

<input type="checkbox"/> 一包化調剤	<input type="checkbox"/> 麻薬調剤	<input type="checkbox"/> 点滴調剤	
<input type="checkbox"/> お薬カレンダー	<input type="checkbox"/> 残薬整理	<input type="checkbox"/> お薬の説明	<input type="checkbox"/> お薬の飲み忘れ防止相談
<input type="checkbox"/> その他()			

大田区薬剤師会 在宅窓口

FAX 3777-8700

これより下は何も記入しないで下さい

回 答 書

お薬管理の担当可能な近隣の薬局は以下のとおりです。患者さまとご相談のうえ選択ください。
なお、ご希望に沿わない場合はお知らせください。改めてご紹介させていただきます。

訪問可能な薬局	TEL/FAX	担当薬剤師