

居宅療養管理指導 報告書

施設名 _____

住所 : _____
TEL044- _____ - Fax044- _____ -

_____ 様

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 _____

薬局名 _____

電話 _____ (_____) _____

(FAX) _____ (_____) _____

保険薬剤師氏名 _____ 印

患者氏名 _____
性別 (女) 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生
住 所 <u>川崎区</u> _____ - _____ - _____
電話番号 <u>044-</u> _____ - _____

処方せん交付日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	居宅療養管理指導 /
●処方薬剤の服薬状況（コンプライアンス）に関する情報	
●併用薬剤（一般の医薬品を含む。）の有無	
●患者の訴え（アレルギー、副作用と思われる症状等）に関する情報	
●症状等に関する家族、介護者等からの情報	
●その他特記すべき事項（薬剤保管状況等）	