

# 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）	