**【様式3（薬局）】**

**医師・介護支援専門員への報告書**

|  |
| --- |
| **訪問薬剤管理指導・報告書**所属名　　　　　　　　　　　　　　担当者名　　　　　　　　　　　様　 |
| 氏　名 |  | 男・女 | 　　　　年　 月 　日（　 　歳） |
| 訪問回数 | 2週間毎・1週間毎・1ヶ月毎・その他（　　　　　　　　）　　　　月・火・水・木・金・土・日曜日　訪問 |
| 服薬管理 | 本人・家族・ヘルパー・その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 管理方法 | お薬ｶﾚﾝﾀﾞｰ・配薬ﾎﾞｯｸｽ・薬袋・その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 調剤形態 | 完全分包：別包あり・なし　　　散剤：ヒート・分包・粉砕 |
| 併用薬 |  |
| 特記事項 |  |
| 上記のとおり、訪問薬剤管理指導の実施について報告します。　　　　年　　月　　日　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　薬局　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

　　　　　　　　泉州南圏域医療・介護連携推進会議　様式３（薬局）