

訪問服薬指導報告書 (様式)

処方医： 様

基本情報			
氏名		性別	男・女
生年月日	T・S 年 月 日 (歳)	被保険者番号	
薬剤管理に関する問題点			
<input type="checkbox"/> 病識・薬識不足 <input type="checkbox"/> 身体機能の低下 <input type="checkbox"/> 認知機能の低下 <input type="checkbox"/> 生活状況との不一致 <input type="checkbox"/> 信頼関係 <input type="checkbox"/> 社会的・経済的な理由 <input type="checkbox"/> 製剤的な理由 <input type="checkbox"/> その他 ()			
訪問時の状況、指導内容等			
第1回 (R . .)		第2回 (R . .)	
患者の状態			
アドヒアランス	とても良くなった 5・4・3・2・1 変わらない		
残薬	支援の必要なし ・ 全て改善 ・ 一部改善 ・ 変わらない		
重複・併用禁忌等の改善	支援の必要なし ・ あり (ありの場合改善の有無 有・無)		
お薬手帳の改善	支援の必要なし ・ あり (一冊になった・その他)		
総括 (その他訪問前後の変化等)			

薬局名： 所属薬剤師会地区名：
薬局住所： 薬剤師署名：
TEL：