



FAX:084-928-2769



～「訪問薬剤（居宅療養）管理指導」情報提供依頼のお願い～

関係機関・事業所の皆様へ

いつもお世話になっております。
 当院では、「訪問指示依頼」を承るための依頼書を作成いたしました。
 日々在宅療養を支えておられる関係機関・事業所の皆様が患者さん、利用者さんについて把握されている状況を伺い、情報提供書類作成に活かしたいと考えるものです。
 当院へのご依頼につきましてはこの依頼書をご記入の上 脳神経センター大田記念病院ライ
 ンサービスグループ（医事担当）宛にFAX送信またはご郵送ください。
 よろしくお願いいたします。

以下にご記入下さい

脳神経センター大田記念病院

医師宛

令和 年 月 日

患者さま情報

患者氏名	
生年月日	M・T・S・H・R 年(西暦) 年 月 日生
患者住所	〒
居宅介護支援事業所名	
担当ケアマネジャー氏名	

ご依頼事業所情報

貴事業所	
ご担当者名	
訪問予定薬局	
薬局住所	
薬局電話番号	()
薬局FAX番号	()
訪問導入計画に至った経過	
訪問実施 予定項目	<input type="checkbox"/> 服薬状況の確認 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 薬剤管理状況の確認 <input type="checkbox"/> 副作用のチェック <input type="checkbox"/> 服薬によるADLの変化 <input type="checkbox"/> 他院処方薬の把握 <input type="checkbox"/> その他()
希望(○印記入)	医療保険対応 ● 介護保険対応
書類を渡す方法	<input type="checkbox"/> 来院し受け取る(連絡先TEL:) <input type="checkbox"/> 郵送

※ 患者さまへ診療情報提供書料として、費用負担が発生しますこと、ご説明ください。

※ 介護保険利用の場合、居宅介護支援事業所へ相談の上ご依頼ください。

お問い合わせ：脳神経センター大田記カスタマーリレーショングループ(地域医療連携室)

受付時間 9:00～17:00

TEL:084-931-8650 FAX:084-928-2769(連携室直通)

〒720-0825 福山市沖野上町3丁目6-28