

在宅支援薬局ネットワーク申し込み用シート

送信枚数
(本状含む)

枚

※すでに患者様に「かかりつけ薬局」がある場合は、まずはその「かかりつけ薬局」にご連絡をお願いします！

横須賀市薬剤師会 FAX046-827-4559(電話823-8832)

受付時間: 平日(月～金)9:00～15:00

※無料のお届けは申し訳ございませんがお受けできません

申込者情報	薬局決定希望期限(希望ある時のみ)→ 月 日		
事業所名・職種			
電話・Fax	電話	FAX	
担当者名	(フリガナ)		

患者様情報

患者様氏名・性別	フリガナ			(男・女)
生年月日	M・T・S・H	年	月	日 (才)
電話・携帯	電話	携帯		
住所	〒			
家族構成	独居・同居・その他()			
介護認定	済・申請中・未申請 不明	介護度	非該当・不明 要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)	
ケアマネジャー氏名	フリガナ	(ケアマネが決まっている場合記入)		
ケアマネジャー連絡先	事業所名			
	電話	FAX		

考慮すべき事項(当てはまるものに○をお願いします)

輸液の無菌操作有り	中心静脈栄養	麻薬使用	ターミナル
認知症	経管栄養	胃ろう	腸ろう
人工肛門	褥瘡	在宅酸素	人工呼吸器(IPPV)
導尿カテーテル			
その他医療的処置			

◎退院時情報等あれば、添付頂けると助かります。

かかりつけ医(上記申込者がかかりつけ医の場合は未記入でかまいません)

病院名			
住所			
電話・Fax	電話	FAX	
医師名			

申込者がかかりつけ医の場合、この用紙を「訪問薬剤管理指導・指示書」とすることが出来る → する・しない

プライバシーポリシー:ここに記載された情報は本ネットワーク活動以外の目的に使用することは決してありません

お問い合わせ・ご質問は 横須賀市薬剤師会「在宅支援薬局ネットワーク」へお願いします。

電話046-823-8832 平日(月～金)9:00～15:00