（様式3） **訪問薬剤管理指導報告書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　H　　年　　　月　　　　日作成

医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　先生

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 | 男・女　　生年月日　昭和　　　年　　　月　　　　日 | | |
| 処方発行日 | 平成　　年　　月　　　日 | 処方医 |  |
| 調剤日 | 平成　　年　　月　　　日 | 訪問日 | 平成　　年　　月　　　日 |
| 指導を受けた人 |  | 服薬状況 |  |
| 残薬 |  | 保管状況 |  |
| 他科受診 |  | 併用薬 |  |
| 相互作用のある飲食物の摂取状況 |  | その他の  併用薬 |  |
| 副作用・重視作用・  相互作用の確認 |  | | |

＊服薬中の体調変化

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 飲み込み | 良い | 食　欲 | 少し悪化 |
| 睡　　　眠 | 眠れる | お通じ | 便秘 |
| その他 |  | | |
| 本人又は家族からの相談  指導・特記事項 |  | | |

薬局名　　　　　　　　　薬局

住　所　　　　　　　　　　　　　　TEL

訪問薬剤師　　　　　　　　　　　　　　　　印