（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