

訪問薬剤（居宅療養）管理指導 依頼書

令和 年 月 日

(一社)長崎市薬剤師会 地域包括ケア推進委員会 宛

送信先：(一社)長崎市薬剤師会 事務局 FAX 095-843-0032

※ FAX 送信後、お電話下さい (TEL: 095-845-5228、対応可能な時間: 平日 9:00~17:00)。

【対象者情報】(わかる範囲でご記載下さい。)

氏名：_____ (イニシャル) 年齢：_____ 歳 (生年月日：_____ 年 _____ 月 _____ 日)

性別：(男 ・ 女) 住所：_____ (町名までで結構です。)

介護度：(要支援 ・ 要介護 _____) ・ 介護認定なし ・ 申請中

負担金： あり ・ なし (公費番号：12・18・19・21・54・86・87・その他)

その他の特記事項：_____

訪問薬剤（居宅療養）管理指導の依頼目的

()

・ かかりつけ薬局の有無：(有 (_____ 薬局) ・ 無) ※

※かかりつけ薬局が対応できない場合もございますので、予めご了承下さい。

【依頼者情報】(該当する項目にご記載下さい。)

依頼機関名：_____ 依頼者名：_____

依頼者住所：_____

依頼者の連絡先：(電話番号) _____ (携帯) _____

対象者との関係性：_____

調整期限：(令和 年 月 日まで)