

令和8年4月

調剤薬局の皆様へ

東北福祉大学せんだんホスピタル 病院長

～在宅訪問薬剤管理指導または居宅療養管理指導指示書について～

令和8年4月より患者様、ご家族様やケアマネジャーから相談や依頼を受け、在宅での服薬支援の必要があると判断された場合は、患者様の同意のもと必要事項を記入の上、当院指示書の作成依頼を行っていただくようお願いいたします。

なお、依頼方法は下記のいずれかでご対応ください。

- ・当院宛に FAX (022-3303-0126)
- ・当院宛に郵送 (〒989-3201 仙台市青葉区国見ヶ丘 6-65-8)
- ・当院受付窓口に直接手渡し

訪問薬剤管理指示書完成後の流れについて

「在宅訪問薬剤管理指導または居宅療養管理指導指示依頼書」を提出いただいた調剤薬局様に、当院の担当医師が指導の必要性を判断した後、「保険薬局向け診療情報提供書（在宅患者訪問薬剤管理指示書または居宅療養管理指導指示書）」を発行いたします。事前に希望された場合は完成次第、指示書を調剤薬局様へ FAX いたします。（患者様名は消した状態）

また診療情報提供書（指示書）の原本は原則直接手渡しとなります。次回受診時に院外処方箋と併せて患者様またはご家族にお渡しします。

その際、診療情報提供料（250点）の費用をご負担いただきますので、予め患者様またはご家族様にご説明をお願いします。

在宅患者訪問薬剤管理指導指示依頼書
居宅療養管理指導指示依頼書

東北福祉大学せんだんホスピタル
ご担当医 殿

20 年 月 日

調剤薬局名 : _____
 住所 : _____
 電話番号 : _____
 FAX 番号 : _____
 氏名 : _____ ⑩

患者様情報	(ふりがな) 氏名 _____ 様 性別 (<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女)
	生年月日 <input type="checkbox"/> 大・ <input type="checkbox"/> 昭・ <input type="checkbox"/> 平・ <input type="checkbox"/> 令 年 月 日
	住所 : _____
	電話番号 : _____
	介護度 : <input type="checkbox"/> なし 要支援 <input type="checkbox"/> 1・ <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1・ <input type="checkbox"/> 2・ <input type="checkbox"/> 3・ <input type="checkbox"/> 4・ <input type="checkbox"/> 5
薬剤師による 在宅訪問必要性	担当薬剤師情報 _____ 薬局 (薬剤師名 _____)
	<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"/> 調剤方法の検討 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> 副作用のチェック <input type="checkbox"/> 服薬による ADL への影響 <input type="checkbox"/> 生活状況の把握 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
	上記在宅訪問必要性の詳細
<input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導を実施することに上記患者様と合意している	
<input type="checkbox"/> 情報提供料(250点)の費用について上記患者様と合意している	
<input type="checkbox"/> 指示書完成後に FAX を希望 (する・しない) <small>*FAX は患者様名を消した状態で送信します。 *原本は情報提供書料を領収次第直接受け渡します。</small>	
備考欄	

- *指示書の作成には2~3週間頂きます
- *医師の判断により作成できない場合がございます
- *指示書は診療情報提供料が発生します。あらかじめ患者様へ説明の上依頼ください