【多職種連携による薬局・薬剤師の在宅医療サービス推進事業】

様式Ⓐ（在宅経験の浅い薬剤師　⇒　地域薬剤師会 ⇒ 福島県薬剤師会）

『薬剤師の同行訪問事業』実施依頼書

依頼日　令和　　　年　　　月　　　日

依頼者　薬 局 名

　　　　依頼者名

　　　　TEL.　　　　　　　　　　　　　　FAX.

【同行訪問の種類】※いずれかにチェックをつけてください。

|  |  |
| --- | --- |
|  | 在宅医療の経験豊富な薬剤師が在宅訪問をする際に、同行を希望します。 |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 在宅訪問をする際に、経験豊富な薬剤師の同行を希望します。　※同行訪問にあたり訪問する患者の情報について、以下にご記入ください。 |
|  | 利用医療機関名 |  | 担当医師名 |  |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成　　年　　　月　　　日（　　歳） | 性別 | 男・女 | 介護認定区　　分 |  |
| 住　　所(番地の前まで) | 〒 |
| 患者情報処方内容特記事項等 |  |

【地域薬剤師会記入欄】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 派遣者 |  | 勤務先 |  |
| 備　考 |  |