**居宅療養管理指導依頼書・情報提供書　　　　　　　　　**

依頼年月日　令和　年　月　日

|  |
| --- |
| 　下記の患者様の居宅療養管理指導を依頼します。　　　　　　　　　　　医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　医師名　　　　　　　　様印住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ　　　　　　　 |
| 患者情報 | 氏名　　　　　　　　　様　　性別（　） |
| 生年月日　　　　年　月　日 |
| 住所　 |
| TEL |
| 介護度：ケアマネージャー： |
| 疾患名 |  |
| 既往歴・経過 |  |
| 使用薬剤 |  |
| 訪問により期待すること | □服用状況の確認　□服用指導　□薬剤管理状況の確認　□調剤方法の検討□介護者の負担軽減　□副作用のチェック　□服用によるADLへの影響□生活状況の把握□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 服用にあたっての情報 | □運動機能障害　□寝たきり患者　□嚥下障害　□失語症　□視覚障害□聴覚障害　□認知症患者□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 特別な医療 | □経管栄養　□疼痛の管理　□褥瘡の処置　□ストーマの処置□カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル等）□点滴の管理　□中心静脈栄養□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |