

介護職員から医師に患者様状態報告・相談書

事業所  病院
担当 先生

年 月 日 時 分

ご利用者様	ご家族		
ご住所			
電話		ご家族電話	
介護保険証		ご家族住所	
負担割合証			
保険証			

相談事業所			
住所			
電話		携帯	

体温		血圧		心拍		
----	--	----	--	----	--	--

意識						
----	--	--	--	--	--	--

相談内容						

居宅療養管理指導／在宅訪問薬剤管理指導 実施報告書

薬局名

薬剤師名

→

医療機関名

担当医師名

年 月 日 時 分

ご利用者様	ご家族		
ご住所			
電話		ご家族電話	
介護保険証		ご家族住所	
負担割合証			
保険証			

患者状態報告						
服用状況	良・不良	残薬情報	有・無	飲食物摂取	有・無	
副作用発現	有・無	合併症	有・無	OTC／健康食品	有・無	
アレルギー歴		副作用歴		体調変化		
介護状況		患者体質		既往歴		
薬効説明	有・無	相談事項	有・無	重複投与	有・無	
お薬手帳	有・無	相互作用	有・無	後発品希望	有・無	
薬剤管理方法	お薬カレンダー・配薬BOX・薬袋・その他					
他科受診	有・無（医療機関名： ）					
併用薬						

報告内容						
処方日	月 日					
処方日数	日分					
前回調剤済み日数	月 日 ～ 月 日					
今回調剤済み日数	月 日 ～ 月 日					
調剤指示内容	一包化・粉碎・便秘薬別包・眠剤別包・その他（ ）					

処方箋

配薬