



ご担当者様名：

★訪問服薬管理（居宅療養管理指導） 患者様情報提供書

①介入開始希望日	年 月 日
②お名前	ふりがな (男・女)
③生年月日 (年齢)	大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)
⑤契約書・請求書送付先 お名前・ご住所・電話番号	ご家族様・後見人様のお名前 (続柄：)
	〒 ご住所
	お電話番号 ー ー
⑥必要書類 送付書類にチェックをお願いいたします。 お手元にあるものから早めにいただけると助かります。	☐ 患者様サマリー、フェイスシート ☐ 健康保険証のコピー ☐ 介護保険証・負担割合証のコピー ☐ 各医療証のコピー (障害・難病・自立支援等) ☐ 患者情報提供書 (診療情報提供書・紹介状等) ☐ 薬剤情報提供書・お薬手帳・処方箋いずれかのコピー ☐ その他の情報 (血液検査結果等) ※ 直近の入院先：
⑦担当ケアマネージャー様	事業所名： ご担当者：
⑧担当医療機関 初回診察日	(医療機関) (初回診察日) 月 日
⑨薬剤管理方法	ボックス管理 ・ 居室管理 ・ その他 ()
⑩その他 連絡事項・注意事項など	

FAX : 0 4 2 - 3 0 6 - 3 0 8 0

FAXを受け取りましたら、確認でき次第お電話をさせていただきます。