

(別記様式 11)

診 療 情 報 提 供 書 (I)

提供先保険薬局名
担当薬剤師

宛て

平成 年 月 日

提供元医療機関
所在地
名 称
電話番号

医師氏名

印

患者氏名	
患者住所	性別 男 ・ 女
電話番号	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳) 職業

傷病名	
提供目的	在宅患者訪問薬剤管理指導 [(介護予防) 居宅療養管理指導] に必要な情報の提供
既往歴及び家族歴	
症状経過及び検査結果	
治療経過	
現在の処方	<input type="checkbox"/> 処方箋発行又は添付のため省略
備考	* 注射薬の処方がある場合の施用者 <input type="checkbox"/> 自己注射 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 医療機関看護師 <input type="checkbox"/> 訪問看護師

- 備考 1. この様式は、別記様式 11 を保険薬局への情報提供用に変更しています。
2. 必要がある場合は続紙に記載して添付してください。
3. 紹介先が保険薬局ですので、患者住所及び電話番号の記載をお願いします。

(別記様式 11 の 2)

診 療 情 報 提 供 書 (I)

提供先保険薬局名
担当薬剤師

宛て

平成 年 月 日

提供元医療機関
所在地
名 称
電話番号

以下の診療報酬項目の届出状況

- 地域包括診療加算 地域包括診療科 小児かかりつけ診療科
 在宅時医学総合管理料 (在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院)
 施設入居時等医学総合管理料 (在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院)

医師氏名

㊞

患者氏名	
患者住所	性別 男 ・ 女
電話番号	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳) 職業

傷病名	
提供目的	在宅患者訪問薬剤管理指導 [(介護予防)居宅療養管理指導] に必要な情報の提供
既往歴	
症状経過及び検査結果	
治療経過	
現在の処方	<input type="checkbox"/> 処方箋発行又は添付のため省略
備考	*注射薬の処方がある場合の施用者 <input type="checkbox"/> 自己注射 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 医療機関看護師 <input type="checkbox"/> 訪問看護師

- 備考 1. この様式は、別記様式 11 の 2 を保険薬局への情報提供用に変更しています。
2. 必要がある場合は続紙に記載して添付してください。
3. 紹介先が保険薬局ですので、患者住所及び電話番号の記載をお願いします。