

《服薬指導依頼書》

病室	201号室	診療科	
依頼年月日	令和08年01月30日(金)	医師名	宅野 美雪 印
患者番号	0000099993		
氏 名	美和 花子 (性別) 女		
生年月日	昭和 03年 03月 17日 生 (年齢) 97		
上記患者の服薬指導を依頼します コメント：			

岩国市立美和病院 薬局

特定抗菌薬投与申請書

14日を超えるなど、漫然とした投与をしないようにしてください。
以下の対象疾患を明確にし、該当するものをチェックしてください。

カルテNo.	0000099993
氏 名	美和 花子
生年月日	昭和 03年 03月 17日 生
性 別	女

申請日：

MEPM：☐敗血症 ☐骨髓炎 ☐関節炎 ☐肺炎
☐扁桃炎 ☐肺膿瘍 ☐腎盂腎炎 ☐膿胸
☐腹膜炎 ☐髄膜炎 ☐複雑性膀胱炎
☐胆嚢・胆管炎 ☐中耳炎 ☐副鼻腔炎
☐外傷・熱傷及び手術創等の二次感染
☐その他（ ）

VCM：☐敗血症 ☐感染性心内膜炎 ☐骨髓炎
☐関節炎 ☐肺炎 ☐肺化膿症 ☐膿胸
☐腹膜炎 ☐髄膜炎 ☐化膿性髄膜炎
☐外傷・熱傷及び手術創等の二次感染
☐その他（ ）

投与終了予定日

医師名 宅野 美雪

☐ メロペン (MEPM) 用 量 _____ g (力価) /日

☐ バンコマイシン (VCM) 投与回数 _____ 回/日

☐ その他（ ）

投与開始日 _____ 日間※ 投与予定 _____

※ただし、14日を超えての投与が必要な場合は、継続投与の理由を詳記し、本書を再度提出して下さい。
その場合でも、漫然とした投与を行わないで下さい。

やむを得ず、14日を超えての投与が必要な場合は、その理由（症状等を詳記）

病 棟 → 薬剤科 提出
岩国市立美和病院

訪問薬剤管理指導に係る情報提供書 及び 指示書

カルテNo. 0000099993

区分	☐ 在宅患者訪問薬剤管理指導		☐ 居宅療養管理指導	
氏名	美和 花子	様	性別	女
生年月日	昭和 03年 03月 17日 生		(97 歳)	
住所	〒		電話番号	
疾病名			疾病告知	☐ 無 ☐ 有
既往歴				
治療状況				
指 示 事 項				
☐ ①アドヒアランス ☐ ③服薬時間 ☐ ⑤薬剤に影響のある食品等 ☐ ⑦不要薬剤の処理 ☐ ⑨在宅介護用品の供給・相談応需 ☐ ②服薬指導(管理・保管も含む) ☐ ④薬剤の相互作用 ☐ ⑥処方薬以外の服用 ☐ ⑧副作用情報				

上記の通り、訪問薬剤管理指導の実施を指示します。

医師名 宅野 美雪

居宅療養管理指導報告書

様

ID	0000099993
フリガナ	ミナ ハナ
患者氏名	美和 花子
	昭和 03年 03月 17日 生
	性別 女 年齢 97 歳
住所	〒
	TEL

訪問日	令和08年01月30日(金)
訪問薬剤師	

既往歴 現疾患		管理状況	
他科受診	☐ 無 ☐ 有	調剤方法	
併用薬品	☐ 無 ☐ 有	サプリメント 嗜好	
患者主訴			

説明・指導対象者 ☐ 本人 ☐ 家族() ☐ その他()
指導内容
報告事項

持参薬鑑別報告書

患者ID : 0000099993
氏名 : 美和 花子

発行年月日 : 日付を選択
確認方法 :
薬剤師 : 宅野 美雪

No.	薬品名	用量	用法	持込数量	備 考
	代替薬				処方元医療機関
1					
				日分 / まで	
2					
				日分 / まで	
3					
				日分 / まで	
4					
				日分 / まで	
5					
				日分 / まで	
6					
				日分 / まで	
7					
				日分 / まで	
8					
				日分 / まで	
9					
				日分 / まで	
10					
				日分 / まで	

備考: