

第4号様式

第 年 月 日 号

\_\_\_\_\_(支援薬局名) 様

保健センター所長

名古屋市薬局DOTS事業依頼書

次のとおり、名古屋市薬局DOTS事業実施を依頼します。

支援対象者氏名	(男・女)
生年月日	年 月 日 ( 歳)
住 所	名古屋市 区
連絡先電話番号	(自宅・携帯・その他 ( )) ※連絡可能な時間帯： ____時～ ____時頃
実施期間 (予定)	年 月 日～ 年 月 日 (初回来局予定日： 年 月 日 )
薬の種類	<input type="checkbox"/> イソニアジド (INH) <input type="checkbox"/> リファンピシン (RFP) <input type="checkbox"/> エタンブドール (EB) <input type="checkbox"/> ピラジナミド (PZA) <input type="checkbox"/> その他 ( )
確認方法	<input type="checkbox"/> 空袋の確認 <input type="checkbox"/> 残薬の確認 <input type="checkbox"/> 服薬手帳
病状・治療経過等	裏面のとおり
実施報告	「名古屋市薬局DOTS事業実施報告書」(第5号様式)により、1か月ごとに実施状況を報告してください。報告期限は、原則として翌月5日までです。
委託料の請求方法	1か月ごとに「名古屋市薬局DOTS事業請求書」(第6号様式)により請求してください。

連絡先： \_\_\_\_\_保健センター保健予防課 (担当保健師名 \_\_\_\_\_)

電話番号 \_\_\_\_\_

病状、治療経過

診 断 名	
入 院	入院医療機関名： _____ 入院期間：       年    月    日～       年    月    日
通 院	通院医療機関名： _____ 通院医療開始日：       年    月    日
既 往 歴	
合 併 症	
副 作 用	
特記事項	