

薬局と介護の連携シート

個人情報の為、取扱注意

各務原市様式

薬局名	人參薬局		
並木 メタセコイヤ	先生		
電話番号	058	— 383	— 555◎
FAX番号	058	— 383	— 555◎

事業所名	冬ソナストリート介護相談センター		
職名	主任介護支援専門員		
担当者名	つつじ 桜		
電話番号	058	— 383	— 333▲
FAX番号	058	— 383	— 333△

【利用者基本情報】

ふりがな	かかみがはら まつこ		性別	年齢	生年月日	住所
利用者名	各務原 松子		女	75	1947/7/2●	岐阜県各務原市蘇原◎△町5丁目▼▲番地
要介護度	無	申請中	事業対象者	要支援 1	2	要介護 1
						② 3 4 5 認知症自立度 IIa 障害自立度 A2

平素から大変お世話になります。上記の方の件についてご報告します。ご確認をお願いいたします。

送信枚数 本状含め 1 枚

※利用者様及びご家族様に対して個人情報の使用ならびに医療介護専門職との情報交換に関する説明を行い、同意をいただいた上で送付しております。

【かかりつけ医等】

院名：	伊木の森ファミリークリニック
医師名：	おがせ池 太郎 先生
院名：	
医師名：	

院名：	
医師名：	
院名：	
医師名：	

【ケアマネジャー・地域包括記載欄】

返信希望の有無

返信願います

返信不要です

本票送付の目的

報告

連絡

相談

返信

記載日 令和4年 3月 25日

【連絡事項】

- 一戸建てにお住まいの独居の方です。本日お昼過ぎにご訪問したところ、大量の残薬が台所の棚に置いてあるのを発見しました。ご利用者からの了解のもと、明日3月26日午前11時におがせ池先生のところへ受診の際に私が同行し、お薬手帳と共に薬を全て持参する予定となっています。また、受診後にそちらへお伺いします。

服薬状況	<input type="checkbox"/> 飲みすぎている	<input type="checkbox"/> 飲めない(飲まない)	<input type="checkbox"/> その他()
	↓		
	<input type="checkbox"/> 体調不良有()		
	<input type="checkbox"/> 形状が合っていない	<input checked="" type="checkbox"/> 薬が大量に余っている	<input type="checkbox"/> 薬が足りない
	<input type="checkbox"/> その他()		
	<input type="checkbox"/> 他科から薬有(他科名:)		
	※ 別紙 服薬情報添付 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		

【薬剤師記載欄】

返信希望の有無

返信願います

返信不要です

記載日 年 月 日

本票送付の目的

返信

報告

連絡

相談・問い合わせ

報告ありがとうございました。確認しました。

電話で話をします。(日時 月 日 時頃に電話をください。・電話をします。)

ご来局願います。(日時 月 日 時頃に来局してください。)

このFAXで回答します。

【連絡事項】

記入者