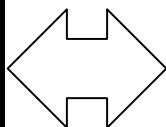


薬局と介護の連携シート

個人情報の為、取扱注意

各務原市様式

薬局名		
先生		
電話番号	—	—
FAX番号	—	—



事業所名		
職名		
担当者名		
電話番号	—	—
FAX番号	—	—

【利用者基本情報】

ふりがな		性別		年齢		生年月日		住所						
利用者名								電話番号						
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	障害 自立度

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 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：
医師名：
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 年 月 日

【連絡事項】

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 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 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