

依頼年月日 年 月 日

在宅患者訪問薬剤管理指導 相談書 (カンファレンス依頼)

希望相談先に☑してFAX送信してください

三原薬剤師会 在宅相談窓口 宛て
FAX 0848-64-2220

_____ 薬局様 宛て

事業所名 :

住 所 :

TEL/FAX :

担当ケアマネジャー :

患者情報	ワガナ 氏名 _____ 様 性別 (男 ・ 女)
	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日
	住所 (〒 _____) TEL : _____
	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居家族(_____)
介護保険	<input type="checkbox"/> あり (要支援1・2 要介護1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> なし
医療機関名/主治医名 主な疾患名	
使用薬剤 お薬手帳又は薬剤情報提供書をFAXしてください	
服薬にあたっての情報	薬の内服 <input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 発語障害 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 認知障害 <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 運動機能障害(_____) <input type="checkbox"/> その他
希望する薬局	<input type="checkbox"/> あり _____ 薬局 <input type="checkbox"/> なし
困っていること 薬剤師への要望	

◎すべての項目を記入していただく必要はありませんので、まずはお気軽にFAXしてください。

◎内容を確認し、後ほどご連絡させていただきます。

◎希望する薬局で対応できない場合は、三原薬剤師会相談窓口(在宅コーディネーター)にご連絡ください。