

薬剤師連絡票

〈送信者記入欄 ↓ ※薬剤師に確認したいことを記入してください〉

送信者 医療機関・事業所名 ○○○○事業所 担当者： 刈谷 太郎 TEL: 0566-○○-△△△△ FAX: 0566-○○-△△△△ メール: □□□□@-----	受信者 薬局名 ○○○○調剤薬局 担当者： 刈谷 次郎 TEL: 0566-○○-△△△△ FAX: 0566-○○-△△△△ メール: □□□□@-----
--	---

【照会する目的及び薬剤師からの回答希望の有無】

目的	<input type="checkbox"/> 報告	<input type="checkbox"/> 連絡	<input type="checkbox"/> 相談	<input type="checkbox"/> 返信
回答希望の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 回答は必要です		<input type="checkbox"/> 回答は不要です	

【対象者情報】

(フリガナ)	カヤ	サブロー	性別	<input type="checkbox"/> 明治							
名前	刈谷	三郎	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 大正	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和	○	年	○	月	○	日
住所											

主治医	医療機関名
-----	-------

かかりつけ薬剤師の有無	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無	薬剤師名
-------------	----------------------------	---------------------------------------	------

要介護状態	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 事業対象者	<input type="checkbox"/> 要支援1	<input type="checkbox"/> 要支援2	
	<input type="checkbox"/> 要介護1	<input checked="" type="checkbox"/> 要介護2	<input type="checkbox"/> 要介護3	<input type="checkbox"/> 要介護4	<input type="checkbox"/> 要介護5
嚥下状態	<input type="checkbox"/> 「できる」	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> できない	※「飲み薬」のことで照会する場合のみ	

【主治医を除き、対象者に関わっている多職種】

氏名	事業所名	連絡先
刈谷 四郎	○○○訪問介護事業所	0566-○○-△△△△
刈谷 五郎	○○○通所介護事業所	0566-○○-△△△△
刈谷 六子	○○○訪問看護ステーション	0566-○○-△△△△

【連絡・照会内容】

対象者の現状	<input type="checkbox"/> 薬の飲み忘れ・飲み間違いがある	<input checked="" type="checkbox"/> 服薬カレンダー希望	<input type="checkbox"/> 一包化希望
	<input type="checkbox"/> 薬の量・回数を自分で調整している	<input type="checkbox"/> 多剤併用のチェック(ポリファーマシー)	
	<input type="checkbox"/> 薬についての理解が得られにくく、服薬拒否もある		
	<input type="checkbox"/> 服薬困難・嚥下困難がある	<input type="checkbox"/> 薬の粉碎希望	
	<input type="checkbox"/> 薬剤による副作用が疑われる所見がある		
	<input type="checkbox"/> 処方薬について、患者(介護者)の要望がある		
	<input type="checkbox"/> 麻薬処方箋の受け入れ可否		
	<input type="checkbox"/> その他 ()		

栄養摂取法	<input checked="" type="checkbox"/> 経口	<input type="checkbox"/> 経管	(<input type="checkbox"/> TPN <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 経鼻)
-------	--	-----------------------------	--

《照会目的等》 ※具体的に記入してください。

いつもお世話になっております。ヘルパーが三郎さん宅に訪問すると、多量の残薬がありました。三郎さんは認知症状あり、薬の飲み忘れが多いようです。何か良策はありますか。

〈薬剤師回答欄 ↓ ※「回答が必要」とある場合は、送信者に回答してください〉

<input type="checkbox"/> 当連携シートで回答します					
<input type="checkbox"/> 直接会って話をします	○	月	○	日	頃 に <input type="checkbox"/> 来局希望
<input checked="" type="checkbox"/> 電話で話をします	○	月	○	日	○:○○ 頃 に電話を <input type="checkbox"/> ください <input type="checkbox"/> します
<input type="checkbox"/> メールで回答します					

〈連絡・照会に対するコメント〉 特に意見はありません。 下記のとおりです。

承知しました。何かしら良策がないか検討し、結果については後日電話でご連絡します。