

医療介護連携 情報提供シート(案)

各務原市様式

薬局名	
薬剤師 様	
電話番号	
FAX番号	

作成日 年 月 日

事業所名	
担当者名	
電話番号	
FAX番号	

【ケアマネジャー記載欄】

本票送付の目的 <input type="checkbox"/> 報告 <input type="checkbox"/> 連絡 <input type="checkbox"/> 相談 <input type="checkbox"/> 返信	返信希望の有無 <input type="checkbox"/> 返信願います <input type="checkbox"/> 返信不要です
---	---

ふりがな		性別		生年月日	
利用者名		性別		M・T・S	年 月 日
要介護度	無 申請中 事業対象者 要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5				

【本人（家族）の同意について】

同意有

内容	
----	--

利用中のサービス	
----------	--

内科	院名：	整形外科	院名：
	医師名：		医師名：
	院名：		院名：
	医師名：		医師名：

服薬名	
服薬状況	上記の薬を <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"/> 薬が足らなくなっている
	<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"/> 他科からの薬がある。 <input type="checkbox"/> その他（ ）

【薬剤師記載欄】

確認しました 電話してください ⇒ 月 火 水 木 金 土 の 午前・午後（ ）時頃  
下記の通り回答します

薬剤師名