【薬局用】

様式１　 令和　　　　年　　　　月　　　日

かすや地域　多職種連携シート

送信元　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受信先

|  |  |
| --- | --- |
| 所属 ：担当者名 ：TEL ：FAX ：E-mail ： | 所属 ：担当者名 ：TEL ：FAX ：E-mail ： |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| <送信枚数>　　　　　　枚 | <本票送付の目的>□報告　　　□連絡　　　□相談　　　□返信 | <返信希望の有無>□返信希望　　　□返信不要 |

|  |  |
| --- | --- |
| □ | 下記事項についてご指示・ご確認をお願いします。この情報を提供することについて、ご本人またはご家族からの同意を頂いています |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名（例：山●太●） |  | 男・女 | □大正□昭和□平成□令和 | 　　　　年　　　　月　　　　日（　　　　歳） |

<連絡・照会事項>

|  |
| --- |
| □　服薬状況（アドヒアランス） 　□　残薬に関する情報□ 副作用疑い　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 □　重複・相互作用・禁忌に関する情報□ 服薬指導内容　　　　　　　　　　　　　　　　　 　□　薬剤に関する情報□　生活習慣・生活状態　　　　　　　　　　　　　 □　患者背景（既往歴・副作用歴・アレルギー）□　薬剤に関する提案□ その他（ ） |
| <内容等> |

＊＊＊返信欄＊＊＊

|  |
| --- |
| □ 当連絡シートで回答します□ 電話で話をしますので、都合のよいときに電話を下さい |
| <連絡・照会事項に対するコメント>記載日：令和　　　年　　　月　　　日 |

粕屋地区在宅医療・介護連携事業　多職種連携会議にて作成