**おくすり相談シート**

　　　　　　　　　薬局御担当者様

発信日

いつも大変お世話になっております。お薬のことでご相談があります。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所→薬局への連絡に利用  **（事業所において記入）** | | 発信元 | | 事業所名 | | | | ***名刺の貼付でも可*** | | | |
| 担当者名 | | | |  | | | |
| 連絡先（TEL） | | | |  | | | |
| 返信先 | | ＦＡＸ番号 | | | |  | | | |
| ふりがな |  | | | | | | □男　　□女 | | 年齢　　　　　　歳 |
| **利用者名**  （苗字だけで可） | 様 | | | | | |
| **要確認！→** | | | | □ | 関係機関と相談内容を共有することについて，利用者様の同意取得済み | | | | |
| **特記事項記入欄→** | | | |  | | | | | |
| （例）医療機関（医師等）には内緒にしておいてほしい希望あり  ※必要に応じて薬局から医療機関へ情報提供しますが，医師が患者へ説明するときに重要な情報となります | | | | | |
| **困っている**  **内容** | | | □薬の種類が多すぎて服用が難しい（概ね６種類以上）  □薬が残っている（概ね10日分以上）  □薬をうまく飲めない（むせる，ひっかかる，うまく貼れないなど）  □何の薬か分からないものがある  □一般用医薬品（処方箋なしに購入できる薬）・サプリメントを飲んでいる  □複数の薬局から薬をもらっている  □その他  記載例：ふらつきがある／ぼーっとしている／等 | | | | | | |
| 利用している**医療機関**名（不明の場合「不明」と記入）  （複数ある場合できる限り記入してください） | | | | | | | | 他に利用している**薬局**名（不明の場合「不明」と記入）  （複数ある場合できる限り記入してください） | |
|  | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 受け取った薬局で記入 | 薬局の対応状況整理表（薬局において記入）  【受け取った薬局様へ】  個人が完全に特定できないものとなっています。必ず電話等にて確認の折り返しお願いします。 | | | | | | | | | | |
| 【対応結果】●月○日に返信  □医療機関と情報共有し減薬した　□経過観察　□在宅医療を提案　□　その他（　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |

この取組に関する問い合わせ先：地域保健対策協議会事務局【広島県健康福祉局薬務課（082-513-3222）】