**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）】