おくすり相談シート

薬局御担当者様

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。

発信日	

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	
	担当者名	
	連絡先（TEL）	
返信先	ＦＡＸ番号	

名刺の貼付でも可

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。

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）

【対応結果】●月〇日に返信

□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）】