

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	F A X 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（処方箋なしで購入できる薬）・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だけ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だけ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をお願いします。

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○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）】