

おくすり相談シート

☐ 2枚目で地図送付します

薬局御担当者様

いつも大変お世話になっております。お薬のことで困っています。

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			
	ふりがな				(生年月日)
	利用者氏名				年 月 日生
	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 ☐ 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			
			☐ 男 ☐ 女		年齢 歳
	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】

自薬局のみでの対応が困難だと感じた場合は他薬局に相談し対応してください。

受け取った薬局で記入 事業所に返信	薬局の対応状況整理表（薬局において記入）	
	1 薬局での対応	☐ 自薬局のみで対応 ☐ その他 [] ☐ 他の薬局と相談（薬局名→ ）
	2 対応の具体的内容	☐ 医師に処方提案 ☐ その他 [] ☐ 医師に疑義照会
	3 対応結果	☐ 減薬につながった ☐ その他 [] ☐ 経過観察

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）】