

## 医師と薬剤師との連絡票

|   |   |   |
|---|---|---|
| 医療機関 <span style="color: red;">〇〇病院</span>  | ⇔ | 薬局名 <span style="color: red;">〇〇薬局</span>   |
| 所在地 <span style="color: red;">堺市〇〇区</span>  |   | 所在地 <span style="color: red;">堺市〇〇区</span>  |
| TEL <span style="color: red;">072-〇〇〇-〇〇〇〇</span> FAX <span style="color: red;">072-〇〇〇-〇〇〇〇</span> |   | TEL <span style="color: red;">072-〇〇〇-〇〇〇〇</span> FAX <span style="color: red;">072-〇〇〇-〇〇〇〇</span> |
| 医師 <span style="color: red;">山田 一郎先生 御侍史</span>   |   | 薬剤師氏名 <span style="color: red;">薬剂 太郎</span>  |

日頃より大変お世話になっております。下記の件につき先生と連絡をとりたいと思います。お忙しいところ誠に恐れ入りますが、ご都合の良い連絡方法等につきまして、ご回答をお願いいたします。

\*なお、この照会を行うこと及び先生から情報提供いただくことについては、

- ご本人・ご家族 の同意を得て、ご連絡いたします。 同意した日 年 月 日
- ご本人の心身状況から同意は得られておりませんが、ご本人のために必要がありますのでご連絡いたします。

|    |   |  |   |
|----|---|--|---|
| 本人 | 氏名 <span style="color: red;">堺 太郎</span>  | 介護度  | 申請中 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">2</span> 区変中 要支援 1 要介護 1・2・3・4・5 |
|    | 住所 <span style="color: red;">堺市〇〇区</span>   | 認定期間                                       | 〇年〇月〇日 ~ 〇年〇月〇日   |
|    |   | TEL  | <span style="color: red;">072-〇〇〇-〇〇〇〇</span>   |
|    | 生年月日 <span style="color: red;">明・大・<span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">昭和</span></span> 〇年〇月〇日生 (〇歳) | 主介護者 <span style="color: red;">堺 一郎</span> | 関係 ( <span style="color: red;">長男</span> )  |

性別 男 ・ 女

照会目的

患者の医療・看護・介護・病状の医学的意見・指示について

医療系サービスを導入するにあたり、主治医の意見・相談など

患者の下記状況についての相談

訪問服薬管理指導（介護保険の場合、居宅療養管理指導）の指示について

処方内容等照会について

その他

<照会・相談・報告内容>

堺様のご家族より頼まれてまして、お薬を自宅に届けました。

今までの薬も飲んでいない様子で、残薬もたくさんありました。

ご家族も希望されておりますので、在宅訪問服薬指導の指示をお願いできないでしょうか。

### 医師からの回答(返信)

\*この連絡票での回答では、診療情報提供料の算定はできません。

|  |  |
|--|--|
| 連絡方法等  | <input type="checkbox"/> 直接会って話をします (日時: 月 日 時頃ご連絡ください)<br><input type="checkbox"/> 電話で話をします (日時: 月 日 時頃に電話をください・します)<br><input type="checkbox"/> 文書で回答します <input checked="" type="checkbox"/> FAXで回答します |
| <p style="color: red;">認知症の疑いもあります。</p> <p style="color: red;">ご家族ともお話ししていただき、服薬指導をよろしくお願ひします。</p> |  |
| 〇年〇月〇日   | 医師名 <span style="color: red;">〇〇病院 山田 一郎</span><br>堺市薬剤師会地域医療連携室 作成  |