

介護支援専門員と薬剤師との連絡票

居宅介護支援事業所名	〇〇ケアプランセンター
所在地	堺市〇〇区
TEL	072-〇〇〇-〇〇〇〇 FAX 072-〇〇〇-〇〇〇〇
介護支援専門員氏名	大阪 花子

⇔

薬局名	〇〇薬局
所在地	堺市〇〇区
TEL	072-〇〇〇-〇〇〇〇 FAX 072-〇〇〇-〇〇〇〇
薬剤師氏名	薬剂 太郎

*本人の同意について

- ご本人の同意を得ています。 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	堺 太郎	介護度	申請中 区変中 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5
	住所	堺市〇〇区	認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	TEL	072-〇〇〇-〇〇〇〇	主介護者	堺 次郎 関係 (長男)
	生年月日	明・大・昭和 〇年〇月〇日生 (〇歳)		男 ・ 女

連絡内容・理由	<input type="checkbox"/> 挨拶 <input checked="" type="checkbox"/> 本人の状況の相談・報告 <input type="checkbox"/> ケアプラン作成 <input type="checkbox"/> サービス内容 <input type="checkbox"/> 治療方針 <input checked="" type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 留意事項 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導・在宅訪問服薬管理指導 <input type="checkbox"/> サービス担当者会議の依頼 <input type="checkbox"/> その他；
---------	--

<本人の照会・相談・報告内容>

いつもお世話になっています。
錠剤が飲めなくなり、ご家族がつぶして飲ませている状況でしたので
〇〇先生に相談の上、粉碎にしました。
今後とも問題があればご連絡ください。
よろしく願いいたします。

〇年〇月〇日 氏名 〇〇薬局 薬剂 太郎

返信

了承しました。
関係事業所の方にもお伝えしておきます。
今後ともよろしく願いいたします。

〇年〇月〇日 氏名 〇〇ケアプランセンター 大阪 花子

堺市薬剤師会地域医療連携室 作成