

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	○○ケアプランセンター
所在地	堺市○○区
TEL	072-○○○-○○○○ FAX 072-○○○-○○○○
介護支援専門員氏名	大阪 花子

薬局名	○○薬局
所在地	堺市○○区
TEL	072-○○○-○○○○ FAX 072-○○○-○○○○
薬剤師氏名	薬剤 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りますのでご連絡いたします。

本人	氏名 堀 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 堀市○○区	認定期間	年 月 日～ 年 月 日
		TEL	072-○○○-○○○○
	生年月日 明・大・昭和 ○年○月○日生 (○歳)	主介護者	堀 次郎 関係 (長男)
連絡内容・理由	□挨拶 <input checked="" type="checkbox"/> 本人の状況の相談・報告 □治療方針 <input checked="" type="checkbox"/> 服薬状況 □留意事項 □サービス担当者会議の依頼	□ケアプラン作成 □居宅療養管理指導・在宅訪問服薬管理指導 □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 ○○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。 よろしくお願ひいたします。			
		○年○月○日	氏名 ○○薬局 薬剤 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。 今後ともよろしくお願ひいたします。	
○年○月○日	氏名 ○○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