帳票１

医師と薬剤師との連絡票

医療機関			薬局名	
所在地		⇔	所在地	
TEL	FAX		TEL	FAX
医師	先生　御侍史		薬剤師 氏名	

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	介護度	申請中　区変中　要支援　１・２ 要介護　１・２・３・４・５	
	住所	認定期間	年　月　日～　年　月　日	
		ＴＥＬ		
		主介護者		関係（　　）
	生年月日 明・大・昭和　年　月　日生（　歳）	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＞

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

☐ 直接会って話をします（日時：　月　日　時頃ご連絡ください）
☐ 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）
☐ 文書で回答します　☐ ＦＡＸで回答します

年　月　日　医師名

堺市薬剤師会地域医療連携室　作成