帳票２

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			薬局名
所在地	⇔		所在地
TEL　　FAX			TEL　　FAX
介護支援専門員氏名			薬剤師氏名

＊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	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（　　）
	生年月日月・大・昭和　年　月　日生（　歳）	男　・　女	

連 絡 内 容･理由	☐挨拶　☐本人の状況の相談・報告　☐ ケアプラン作成　☐ サービス内容 ☐治療方針　☐服薬状況　☐ 留意事項　☐ 居宅療養管理指導・在宅訪問服薬管理指導 ☐サービス担当者会議の依頼　☐ その他；

＜本人の照会・相談・報告内容＞

年　月　日　　氏名

返信

年　月　日　　氏名

堺市薬剤師会地域医療連携室　　作成