|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 【薬剤師と連携する時に使用します】 | 令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| **薬剤師連絡票** |
| **〈送信者記入欄↓　※薬剤師に確認したいことを記入してください〉** |
| **送信者** |  |  | **受信者** |  |
| **医療機関・事業所名** |  |  |  | **薬局名** |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **担当者：** |  | **担当者：** |  |
| **TEL：** |  | **TEL：** |  |
| **FAX：** |  | **FAX：** |  |
| **メール：** |  | **メール：** |  |
| **【照会する目的及び薬剤師からの回答希望の有無】** |
| 目　　　的 | [ ] 　報告 | [ ] 　連絡 | [ ] 　相談 | [ ] 　返信 |
| 回答希望の有無 | [ ] 　回答は必要です | [ ] 　回答は不要です |
| **【対象者情報】** |
| （ﾌﾘｶﾞﾅ） |  |  | 性別 | [ ] 明治 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 名前 |  |  | [ ] 　男 | [ ] 大正 |
| [ ] 　女 | [ ] 昭和[ ] 平成[ ] 令和 |
| 住　所 |  |
| 主治医 |  | 医療機関名 |  |
| かかりつけ薬剤師の有無 | [ ] 　有 | [ ] 　無 | 薬剤師名 |  |
| 要介護状態 | [ ] 　自立 | [ ] 　事業対象者 | [ ] 　要支援1 | [ ] 　要支援2 |  |
| [ ] 　要介護1 | [ ] 　要介護2 | [ ] 　要介護3 | [ ] 　要介護4 | [ ] 　要介護5 |
| 嚥下状態 | [ ] 　「できる」 | [ ] 　見守り等 | [ ] 　できない | ※「飲み薬」のことで照会する場合のみ |
| **【主治医を除き、対象者に関わっている多職種】** |
| 氏名 | 事業所名 | 連絡先 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **【連絡・照会内容】** |
| 対象者の現状 | [ ] 　薬の飲み忘れ・飲み間違いがある | [ ] 　服薬カレンダー希望 | [ ] 　一包化希望 |
| [ ] 　薬の量・回数を自分で調整している | [ ] 　多剤併用のチェック（ポリファーマシー） |
| [ ] 　薬についての理解が得られにくく、服薬拒否もある |
| [ ] 　服薬困難・嚥下困難がある | [ ] 　薬の粉砕希望 |
| [ ] 　薬剤による副作用が疑われる所見がある　 |
| [ ] 　処方薬について、患者（介護者）の要望がある |
| [ ] 　麻薬処方箋の受け入れ可否 |
| [ ] 　その他 | （ |  | ） |
| 栄養摂取法 | [ ] 　経口 | [ ] 　経管 | （ | [ ] 　TPN | [ ] 　胃瘻 | [ ] 　経鼻 | ） |
| 《照会目的等》 | ※具体的に記入してください。 |  |  |
| 　 |
|  |
| **〈薬剤師回答欄↓　※「回答が必要」とある場合は、送信者に回答してください〉** |
| [ ] 　当連携シートで回答します |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| [ ] 　直接会って話をします |  | 月 |  | 日 |  | 頃 | に　[ ] 　来局希望 |
| [ ] 　電話で話をします[ ] 　メールで回答します |  | 月 |  | 日 |  | 頃 | に電話を[ ] 　ください　[ ] 　します |
| 〈連絡・照会に対するコメント〉 | [ ] 　特に意見はありません。 | [ ] 　下記のとおりです。 |
| 　 |

※□はチェックボックスになっています。