

〈FAX送信票〉 薬剤師相談用

平成 年 月 日

(薬局名) _____

(事業所名) _____

(氏名) _____

(連絡先)TEL _____

(返送先)FAX _____

フリガナ 被保険者氏名		生年月日	M・T・S 年 月 日	性別	男・女
----------------	--	------	-------------	----	-----

上記、被保険者につきまして、下記の点について、薬剤師のご意見を伺いたく、ご多忙なところ誠に恐縮ですが、下記へご記入お願いいたします。

1) サービス利用中の問題点

- 一包化、粉碎調剤、簡易懸濁法などコンプライアンスに関して
- 残薬管理、保存など服薬管理に関して
- 副作用・相互作用に関して
- 誤飲・調剤過誤に関して
- 廃棄・その他

2) ケアプラン作成のためにアセスメントを実施しての問題点

- 居宅療養管理指導して欲しい
- 処方医へ情報提供・照会して欲しい
- サービス担当者会議に参加して欲しい
- その他

〈ケアマネ・訪看・ヘルパー・その他〉の意見	薬剤師の意見
<input type="checkbox"/> 返信必要 <input type="checkbox"/> 返信不要 <div style="text-align: center;">担当者</div>	<p>薬局・薬剤師名:</p> <p>連絡先: TEL/FAX</p> <p>居宅療養管理指導可否 <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能</p> <p>(記入日) 平成 年 月 日</p>