

【ファクシミリ施行】

医療・介護ケア連絡票 様式6

ケアマネジャー ⇄ 薬剤師の連携連絡票

送信日 H 年 月 日

保険薬局名

事業所名

御中

住所

TEL

FAX

担当者名

日頃より大変お世話になっております。ご多忙のところ誠に恐れ入りますが、下記の件についてご相談・ご依頼いたしたくFAX致しました。確認のほど宜しくお願い致します。

ふりがな		生年月日	明・大・昭・平	年	月	日
氏名	様(男・女)	要介護度	要支援(1・2)・要介護(1・2・3・4・5)			
住所						
TEL	FAX					

《本人(家族)の同意について》

当連絡票を使用して、先生への連絡および先生からの情報提供を頂くことについて

ご本人(ご家族)の同意を得ています。

ご本人(ご家族)の同意は得られておりませんが、必要性が高いと判断したためご連絡いたします。

相談内容	<input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導の依頼・相談 <input type="checkbox"/> 介護保険認定申請の報告(必要時) ⇒ <input type="checkbox"/> 新規、 <input type="checkbox"/> 更新、 <input type="checkbox"/> 区分変更 <input type="checkbox"/> ケアプラン作成にあたり、意見・助言等の確認 <input type="checkbox"/> サービス担当者会議開催の連絡、意見の確認 <input type="checkbox"/> 状況報告 ⇒ <input type="checkbox"/> 入院、 <input type="checkbox"/> 退院、 <input type="checkbox"/> 入所、 <input type="checkbox"/> 退所、 <input type="checkbox"/> 転居、 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他
------	---

【具体的な連絡・相談内容】

薬剤・疾病に関する情報	《服用中の薬剤》	<input type="checkbox"/> 下記参照	<input type="checkbox"/> 別紙参照(薬剤情報提供文書・お薬手帳等)
	《主治医・医療機関》		
	《特殊な調剤》	<input type="checkbox"/> 一包化	<input type="checkbox"/> 粉碎 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 無し
	《麻痺》	<input type="checkbox"/> 有り(部位: )	<input type="checkbox"/> 無し
	《嚥下困難》	<input type="checkbox"/> 有り(錠剤の服用: <input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 不可)	<input type="checkbox"/> 無し
	《意思疎通》	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 不可(認知症・難聴・その他)

返答	<input type="checkbox"/> 必要 ( <input type="checkbox"/> TEL ・ <input type="checkbox"/> FAX ) <input type="checkbox"/> 不要
返答内容	薬剤師名 ( )