

A

薬局へのお薬相談書

お薬について相談がある場合にご利用下さい。皆様からの情報をもとに、薬の適正使用を目的として、患者（利用者）さんの服薬支援を行います。

【注意事項】

1. 薬袋にある薬局名と Fax 番号をご記入のうえ、調剤した薬局へ送信して下さい。
調剤した薬局へ直接お渡しいただいてもかまいません。
2. 薬局への情報提供に際しては、患者（利用者）さんの同意を得て下さい。
3. この相談書により、患者（利用者）さんが医師や薬剤師から咎められる等の不都合な状況には決してなりませんのでご安心下さい。
4. この相談書を用いなくてもかまいませんので、お薬のことはお気軽にご相談ください。

薬袋にある薬局名： 宛（Fax. ）

チェックを忘れないでね!!

この相談は患者（利用者）さんの同意を得ています。
相談内容

対象患者（利用者）： _____ 様

※ 対象患者名は記入しなくてもかまいませんが、その場合薬局より確認のお電話をさせていただきます。

* 該当する項目にチェックマークをお願いします（複数チェック可）。
また、参考となる情報がございましたら、自由記載欄にご記入ください。

- お薬が残っています。
- 調剤してもらった薬局に持参するよう、お伝えしました。
 - 残薬が多く整理ができていないので、対応をお願いします。
 - その他（自由記載： _____）

残薬以外の相談があります。→ 詳細は自由記載へ

自由記載

相談内容の確認や対応のフィードバックのため、薬局から電話などで直接話をお伺いする場合があります。

貴所属とご担当者名を
ご記入ください。 →

ご所属名： _____
 連絡先☎： _____
 ご担当者： _____

【ご担当者職種】チェックをお願いします。

医師 歯科医師 薬剤師（病院・薬局）
 介護支援専門員 訪問看護師 介護福祉士・介護士
 その他（ _____ ）

送信日： _____ 年 _____ 月 _____ 日