

薬剤師と介護支援専門員との連絡票

| | | |
|-------------------------------------|---|--|
| 薬局名 及び所在地 電話 薬剤師氏名 | ↔ | 居宅介護支援事業所名 及び所在地 電話 介護支援専門員氏名 |
|-------------------------------------|---|--|

日頃より大変お世話になっています。お忙しいところ誠に恐縮ですが、FAXでご返信賜れば幸いです。

*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 令和 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 |
| | | | 認定期間 | 年 月 日 ~ | | 年 月 日 | |
| | 住所 | | TEL | | | | |
| | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日生 | (歳) | 男・女 | | | |
| 連絡 内容・理由 | | <input type="checkbox"/> 挨拶 <input type="checkbox"/> 本人の状況の相談・報告 <input type="checkbox"/> ケアプラン作成 <input type="checkbox"/> サービス内容 <input type="checkbox"/> 認定更新 | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 治療方針 <input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 留意事項 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導・在宅訪問服薬管理指導の算定 | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> サービス担当者会議の依頼 <input type="checkbox"/> その他:() | | | | | |
| <本人の照会・相談・報告内容> | | | | | | | |
| 令和 年 月 日 | | | | 氏名 | | | |

返信

| | |
|-------------------------|--|
| 回答内容 | <input type="checkbox"/> 電話します (月 日 時頃 ご連絡ください) |
| | <input type="checkbox"/> 文書・FAX 回答します |
| | <input type="checkbox"/> 当薬局で調剤しておりません。わかる範囲で結構ですので、処方内容をお知らせください。 |
| | <input type="checkbox"/> お薬手帳・薬剤情報提供書を添付します。 |
| | <input type="checkbox"/> サービス担当者会議の依頼 |
| | <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導・在宅訪問服薬管理指導の算定 |
| | |
| 上記の通り連絡いたします。 事業所名(薬局名) | |
| 令和 年 月 日 氏名 | |