お薬相談シート

医療・介護職関係の皆様が患者様の「お薬」のことで、何か気になったことや困ったこと（例えば：お薬がたくさん残っている・うまく飲めていない・いつもと違う症状が現れた等）があればこのシートをご記入の上、**ＦＡＸ**していただければ返答をさせていただきます。

**送信先：**かかりつけ薬局またはお薬をもらっている薬局（薬袋記載薬局）

調剤薬局でお薬をもらっていない場合、まずは090-8984-5940にお電話ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込日 | 令和　年　　月　　日 | | | 急ぐ場合は○印 | | | | **至　急** | |
| 申込者名  　　・  事業所名 |  | 電　　話 | |  | | | | 職種 |  |
| 連絡先名 |  | 電　　話 | |  | | | | 患者との関係 |  |
| 患者・家族等の同意 | あり（氏名：　　　　　　　　　　）・なし | | | | | | | | |
| 患者氏名 |  | | | | | | | | |
| 患者住所 |  | | | | 電話 | |  | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日　（　　　歳） | | | | | 性別 | | 男　・　女 | |
| 医療機関名 |  | | 主　治　医 | | | | |  | |
| 医療機関名 |  | | 主　治　医 | | | | |  | |
| 医療機関名 |  | | 主　治　医 | | | | |  | |
| 相談内容 |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |

★相談内容によっては、医師と相談の必要が生じますので、又多少時間がかかる場合があり

ますので、ご了承ください。