

【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 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	☐ 訪問薬剤管理指導の依頼・相談 ☐ 介護保険認定申請の報告(必要時) ⇒ ☐ 新規、 ☐ 更新、 ☐ 区分変更 ☐ ケアプラン作成にあたり、意見・助言等の確認 ☐ サービス担当者会議開催の連絡、意見の確認 ☐ 状況報告 ⇒ ☐ 入院、 ☐ 退院、 ☐ 入所、 ☐ 退所、 ☐ 転居、 ☐ 死亡 ☐ 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》	☐ 下記参照	☐ 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》	☐ 一包化 ☐ 粉碎 ☐ その他()	☐ 無し
	《麻痺》	☐ 有り(部位:)	☐ 無し
	《嚥下困難》	☐ 有り(錠剤の服用: ☐ 可・ ☐ 不可)	☐ 無し
	《意思疎通》	☐ 可 ☐ 困難 ☐ 不可(認知症・難聴・その他)	

返答	☐ 必要 (☐ TEL ・ ☐ FAX) ☐ 不要
返答内容	薬剤師名 ()