

(様式 4)

薬剤師と介護支援専門員の連絡票

利用者	氏名 (イニシャル)		介護度	申請中 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5
	生年月日	明・大・昭 年 月 日生 (満 歳)		男・女
照会目的	<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"/> その他			
〈相談内容等〉				
担当介護支援専門員名				

薬剤師からの回答(返信)

連絡方法等	<input type="checkbox"/> 直接会って話をします。(日時: 月 日 時頃においでください) <input type="checkbox"/> 電話で話をします。(日時: 月 日 時頃に電話をください・します) <input type="checkbox"/> 文書で回答します <input type="checkbox"/> FAXで回答します <input type="checkbox"/> 当薬局で調剤していませんので、処方内容をお知らせください。
サービス担当者会議に <input type="checkbox"/> 出席します(<input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 利用者宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 出席しません	
平成 年 月 日 薬局・薬剤師名	