**様式３（ケアマネジャー等　⇔　薬剤師）**

**多 職 種 連 携 シ ー ト**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **宛****先** | 薬局名・事業所名氏　　　名　　　　　　　　　　　　電話番号FAX番号E-mail | **発****信****元** | 薬局名・事業所名担当者名 電話番号FAX番号E-mail |

平成　　　年　　　月　　　日

日頃より大変お世話になっております。下記の件につき連絡をとりたいと思います。お忙しいところ誠に恐れ入りますが、ご都合の良い連絡方法等につきまして、回答をお願いいたします。

＊なお、この照会を行うこと及び情報提供いただくことについては、

□　ご本人・ご家族の同意を得て、ご連絡いたします。　　　　　同意した日　平成　　　年　　　月　　　日

□　ご本人・ご家族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。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | 氏　　名 |  | 介護度 | 事業対象者　 要支援１・２要介護１・２・３・４・５申請中 |
| 住　　所 |  | TEL |  |
| 生年月日 | 明・大・昭　　　　　年　　　月　　　日生　（　　　　歳） | 男　・　女 |
| 照会目的 | * 飲み忘れ・飲み間違いがある ⇒ □ 服薬カレンダー　□ 一包化希望（□ 日付希望）

　　　　　　　　　　　　　　　□ 残薬への対応　　　　 |
| * 薬の量・回数を自分で調整している
 |
| * 薬についての理解が得られにくく、服薬拒否もある
 |
| * 服薬困難・嚥下困難がある
 |
| * 薬剤による副作用が疑われる所見がある
 |
| * 処方薬について、患者（介護者）の要望がある
 |
| * 処方薬についての薬局（薬剤師）からの提案
 |
| * その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |
| 栄養摂取方法 | * 経口　　□ 経管　　□ 中心静脈栄養
 |
| ＜照会・相談内容等＞　担当者　職氏名　　　　　　　　　　　　　　　印　　 |

**連絡方法並びに回答書（返信）**

|  |  |
| --- | --- |
| 連絡方法 | * 当連携シートで回答します
 |
| * 直接会って話をします（日時　　　月　　　日　　　時頃お出でください）
 |
| * 電話で話をします　　（日時　　　月　　　日　　　時頃電話をください）
 |
| * 文書で回答します
 |
| * メールで回答します
 |
| ＜回答・助言等＞　平成　　　年　　　月　　　日　　担当者　職氏名　　　　　　　　　　印　　 |

H31.３月改訂　長野県医療と介護との連携検討会作成