**様式４（薬剤師　⇒　医師・歯科医師）**

**多 職 種 連 携 シ ー ト**

平成　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **宛**  **先** | 医療機関名  氏　　　名　　　　　　　　　　　　　先生  電話番号  FAX番号  E-mail | **発**  **信**  **元** | 薬 局 名  担当者名  電話番号  FAX番号  E-mail |

日頃より大変お世話になっております。下記の件につき先生と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先生から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 | | * 居宅療養管理指導（医療保険の場合、在宅患者訪問薬剤管理指導）の指示について | | | |
| * 処方内容等照会について | | | |
| * 患者の下記状況についての相談 | | | |
| □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| ＜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　　　医師名　　　　　　　　　　　印 | |

H31.３月改訂　長野県医療と介護との連携検討会作成