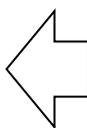


介護情報提供書（薬剤情報専用）

年 月 日

薬局名	
薬剤師名	様
TEL	
FAX	



事業者名	
担当者名	
TEL	
FAX	

下記利用者の医薬品の服用・使用に関する意見・要望・質問・回答、今後のサービス提供やケアプラン作成にあたってご注意いただく事項等を送付しますのでよろしくお願い致します。

【利用者】

利用者氏名	様 (男・女)	生年月日	M・T・S 年 月 日生(才)
要介護度	非該当 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5	認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日
お薬の管理者	様	続柄	

【介護サービス提供時の状況・ケアプランに対する意見・要望・質問・回答など】

内 容	<input type="checkbox"/> コンプライアンス（飲み忘れ、服用・使用できていない状況等）に関する事 <input type="checkbox"/> 副作用の疑いに関する事 <input type="checkbox"/> 相互作用（飲み合わせ）に関する事（サプリメント・食品も含む） <input type="checkbox"/> 薬の服用方法・使用方法・保管状況について <input type="checkbox"/> その他
-----	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

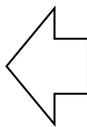
【情報共有の要望等】

共有方法	<input type="checkbox"/> 電話連絡希望（希望日時等） <input type="checkbox"/> FAX回答希望 <input type="checkbox"/> 面談希望（希望日時等） <input type="checkbox"/> サービス担当者会議開催希望 あり・なし <input type="checkbox"/> 同行訪問希望
------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

..... キリトリ線

年 月 日

事業者名	
担当者名	様
TEL	
FAX	



薬局名	
担当者名	
TEL	
FAX	

介護情報提供書（回答）

利用者の イニシャル等	
回 答 (返 信)	