|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **服 薬 情 報 提 供 書**  指定介護予防支援事業者  指定居宅介護支援事業者：  担当介護支援専門員：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様  担当介護支援専門員：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様 | | | |
| 氏　名 | 様( 男・女 ) | 生年月日 | Ｍ･Ｔ･Ｓ　　年　　月　　日生(　　才) |
| ①副作用に関する注意事項 　　　　　　　④コンプライアンスに関する注意事項  ②服用方法・使用方法に関する注意事項 ⑤介護サービス提供上の留意事項  ③相互作用(飲み合わせ)に関する注意事項 ⑥その他(体調の変化・ケアプラン全体への留意事項) | | | |
| 居宅療養管理指導　算定　□あり　□なし | | | |
| 年　　 月　　 日  住　　　所：  薬　局　名：  薬 剤 師 名： | | | |

（神戸市介護サービス協会 様式第５号－薬）

2013.3