|  |
| --- |
| **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