

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

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：

㊞