



FAX : (一社)有田薬剤師会 0737-62-5766



近隣の対応可能な薬局にお繋ぎ致します。

令和 年 月 日

ご家族または介護に携わる多職種の方へ

## 【 薬剤師対応依頼シート 】

「薬の管理が難しい」、「飲み忘れて余ってしまう」、「たくさん病院にかかっている」「薬の専門家に相談に乗って欲しい」など、お薬に関してお困りの事をお書き下さい。  
当会の在宅支援薬局にて対応します。まずは気軽にご相談ください。  
(なお、実際に訪問しての管理や指導には本人またはご家族の同意が必要となり、かかりつけ薬剤師の同意書を交わしている方は、原則そちらに取り次ぐ形となります。)

### ご依頼者様情報

お名前	患者様と
事業所名	のご関係
電話番号	FAX番号

### 患者様情報 (内容によっては、本人またはご家族の了承を得てください。)

氏名は略名でOKです、年齢、既往の疾患、主治医等で公開可能な情報をお書き下さい。

### 薬剤師に依頼したい事(あくまで一例/薬局によってできない場合も有/複数可)

#### 【薬学的指導】

本人に薬の事を相談されたり要望される事が多い・粉碎化して良い薬か知りたい  
飲み忘れがあり病識や薬に対して理解を深めて貰いたい・飲み合わせが心配

#### 【残薬管理】

飲み忘れによる残薬が多くて混乱する、定期的に残薬の整理に来てほしい  
長期投薬されると訳がわからなくなるので薬局で預かって適当な日数ずつ投薬してほしい

#### 【他科受診の一元管理】

一包化したい(日付等印字内容も)・投与日数違いの他科受診でも一包化したい

#### 【その他】

介護用品支給配達(オムツ・嚥下食など)

### 具体的な相談内容 :