



FAX：日高薬剤師会 0738-32-7320



医療・介護に携わる方へ

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、ポリファーマシー（多剤併用）など、薬に関する困りごとをお書きください。

かかりつけ薬局・薬剤師がおられない場合、日高薬剤師会にて、在宅対応薬局を紹介いたします。

年 月 日

ご依頼者様

お名前 _____ 患者様・利用者様との関係 _____

ご連絡先電話番号 _____ (折り返し連絡いたします。)

患者様・ご利用者様のご住所

ご住所 _____

薬剤師に依頼したいこと（複数選択可）

在宅訪問 ・ 薬の一元管理 ・ 残薬整理 ・ お薬相談 ・ その他（ _____ ）

相談内容 ※できるだけ具体的にお書きください。

日高薬剤師会