【多職種連携による薬局・薬剤師の在宅医療サービス推進事業】

様式３（薬剤師・薬局　⇒　主治医）

※患者情報の整理のため、薬局で記載

|  |  |
| --- | --- |
| 患者番号 |  |

『薬剤師のおためし訪問』に関する連絡票

平成　　　年　　　月　　　日

医療機関名

科　　　名

氏　　　名　　　　　　　　　　　 先生 御侍史

薬 局 名

　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　氏　　名

　日頃より大変お世話になっております。

　先日、お電話させていただきました、平成30年度福島県医療介護総合確保基金事業の『薬剤師のおためし訪問』事業により、下記の患者さま宅を訪問させていただきたく、ご連絡申し上げます。

　なお、訪問終了後は、実施報告書により、訪問内容についてご報告申し上げますので、よろしくお願いいたします。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者さま氏名 |  | 男・女 | 生年月日 | 大正・昭和・平成　　年　　月　　日（　　歳） |
| 住　　所 | 〒 |
| 具体的な課題 |  |
| 在宅医療関係者及び患者さまから薬剤師への要望 |  |
| 訪問薬剤師氏名 |   |