送付先　　　　　　病院・薬局　担当者様

＊送信前にFAX番号を再度ご確認下さい

＜患者さんの「薬での困りごと」があれば、薬剤師にご相談ください＞

～南和地域で活動する専門職の皆さま用～

【くすりの困りごと 相談シート】

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　相談日　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 相談者所属・氏名  （事業所・部署名） | 所属：　　　　　　　　　　　事業所所在地：（　　　　　　）市・町・村  氏名： |
| 職　種  該当するものに○ | 看護師・ケアマネジャー・介護福祉士・ヘルパー・保健師・PT・OT  社会福祉士・栄養士・歯科衛生士・その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 相談者 連絡先 | TEL：　　　　　　－　　　　　　　－  FAX：　　　　　　－　　　　　　　－ |
| 回答希望日 | １．急がない　　２．急ぐ　　→　　　月　　　日までに回答を希望 |

|  |  |
| --- | --- |
| 患者氏名(居住地) | （　　　　　　　）市･町･村 |

支援している患者さまのお薬について、下記の相談があります。

　＊相談内容に○を記入

１．薬を飲み忘れてしまう

２．薬が飲みにくくなっている

３．薬の副作用が心配　（具体的な副作用：　　　　　　　　　　　　　　　　　）

４．薬が余ってしまった、または足りなくなってしまった

５．薬の種類が多すぎて、飲み合わせが心配

６．たくさんの薬を飲んでいるが、本当に必要なのだろうか？（合計（　　　）種類内服している）

７．入院中の服薬状況、退院後の服薬に関する注意点などの確認＊7.は退院された病院の薬剤師にご相談ください。８．その他の相談

※このシートは、**南和地域の５病院と南和地域12市町村内の薬局**で運用しています。

薬局・病院の連絡先は別表をご確認ください。

2019.9月改正