

# 薬局へのお薬相談書

薬局名

御中

薬の適正使用を目的として、患者(利用者)様への服薬の支援をお願いします。

- この相談は患者(利用者)様、又はその家族の同意を得ています。  
※情報提供に際しては必ず患者様の同意を得てください。

対象患者(利用者) \_\_\_\_\_ 様

性別: (  男  女 )

生年月日:  明治  大正  昭和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生( )歳

※当てはまる項目にチェックを入れてください。

- 残薬  服薬状況  
 居宅療養管理指導依頼  
 サービス担当者会議の出席依頼  その他:

<相談・報告内容>

送信日 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

事業者名 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

担当者 \_\_\_\_\_

一般社団法人山口県薬剤師会 保険薬局部会