ケアマネジャーと薬剤師との連絡票

発信日：令和　　年　　月　　日

※　令和　　年　　月　　日　までにご返信願います。

（名刺を貼ることもできます。）		（名刺を貼ることもできます。）
介護事業所名 住　所 TEL FAX MAIL 氏　名	⟷	薬局名 住　所 TEL FAX MAIL 氏　名
のりしろ		のりしろ

日頃から大変お世話になっております。下記の件につきましてご連絡いたします。なお、ご都合の良い連絡方法等によりご回答いただきますようお願いいたします。

なお、この照会を行うこと及び先生から情報提供いただくことにつきまして、

【□ ご本人□　ご家族】の同意を得てご連絡いたします。　　同意日　令和　　年　　月　　日

□ ご本人の心身状況から同意を得られていませんが、ご本人のために必要がありますのでご連絡いたします。

利用者	氏名（ふりがな）		生年月日	明治・大正・昭和・平成　　年　　月　　日　　男・女　　歳
	住　所		TEL	―　　―
	介護保険	申請中（　　/　　付）　要支援　1・2　　要介護　1・2・3・4・5		
	手帳	無・有　：　身体（　　）級　　療育（　　）級　　精神（　　）級		
	障害支援区分	無・有　：　1・2・3・4・5・6		
	生保受給	無・有　：　担当（　　）		
	医療証･受領証	無・有　：　種類（　　）		
照会目的		□　挨拶	□　服薬状況	
		□　本人の状況の相談・報告	□　留意事項	
		□　ケアプラン作成	□　居宅療養管理指導・在宅訪問服薬管理指導	
		□　サービス内容	□　サービス担当者会議の依頼	
		□　治療方針	□　その他（下記のとおりです）	

＜相談内容等＞

令和　　年　　月　　日　氏名（自署）

返信

＜通信欄＞

令和　　年　　月　　日　氏名（自署）

厚木市地域包括ケア（多職種連携･情報共有）連絡会　作成