

医師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。

の

宛先	医療機関名	発信元	薬局名 (名刺を貼ることもできます。)	り し ろ
	住所		住所	
	医師 先生(宛)		TEL FAX MAIL 氏名	

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け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	ふりがな 氏名	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	<input type="checkbox"/> 患者の医療・看護・介護・病状の医学的意見・指示について				
	<input type="checkbox"/> 医療系サービスを導入するにあたり、主治医の意見・相談など				
	<input type="checkbox"/> 患者の下記状況についての相談				
	<input type="checkbox"/> 訪問服薬管理指導 (介護保険の場合、居宅療養管理指導) の指示について				
	<input type="checkbox"/> 処方内容等紹介について				
<input type="checkbox"/> その他 (下記のとおりです)					
<相談内容等>					
<input type="checkbox"/> 連絡、確認のみ (受信確認欄へのチェックのみで結構です) <input type="checkbox"/> 上記の件についてご回答のほどよろしく願います 担当薬剤師名					

医師からの回答 (返信)

※この連絡票の回答では、診察情報提供料の算定はできません。

連絡 方法等	<input type="checkbox"/> 受信、内容を確認しました ※「連絡、確認のみ」への返信 <input type="checkbox"/> 直接会って話をします (日時 月 日 時頃に来てください) <input type="checkbox"/> 電話で話をします (日時 月 日 時頃に電話をください・します) <input type="checkbox"/> 別途、メールで回答します <input type="checkbox"/> 文書 (FAX) で回答します (下記のとおりです)
<通信欄>	
令和 年 月 日 氏名 (自署)	