

薬剤師につながる FAX 宝塚市薬剤師会宛

★送付者情報

お名前 _____ ご所属 _____
 連絡先 ご住所 _____ TEL _____

★相談対象者情報（ご記入できる範囲で構いません）

年齢（ ）歳 性別（ ）
 ご住所（○町○丁目までで結構です）宝塚市 _____ 介護度 _____
 ご家族（ ）人住まい 家族構成（ ）
 訪問診療 月 _____ 回訪問 _____ 曜日 _____ 医院名 _____ 医師名 _____
 訪問看護 週 _____ 回訪問 _____ 曜日 _____ 訪問介護 週 _____ 回訪問 _____ 曜日 _____
 お薬管理者 本人・家族（ ） ・ 訪問看護師 ・ 訪問介護者 ・ その他（ ）
 往診以外の受診医療機関情報（受診頻度も記載ください）

（
 ）

伝えておきたい疾病・障害等

（
 ）

現在お薬をもらっている薬局

薬局名（ ） ・ 院内処方 ・ 不明

★相談内容

- ・お薬の管理ができていない
- ・お薬の飲み残し（残薬）が多い
- ・その他（具体的にあれば記載ください）

（
 ）

★対応する薬局・薬剤師に関してご希望等があれば記載ください

（
 ）

★その他のご要望・連絡事項等があれば記載ください

（
 ）

FAX 0797-62-7396

※曜日・時間等によりご連絡が遅くなる場合がございますことを
 ご了承ください。