

＜FAX送信票＞薬剤師への問い合わせ

事業者名 _____ _____ 担当者名 _____ _____ Tel _____ Fax _____	 	薬局名 _____ _____ 薬剤師名 _____ 様 _____ Tel _____ Fax _____
--	------	---

日頃より大変お世話になっております。ご多忙中のところ誠に恐れ入りますが、下記の件についてご回答頂きたい、ご都合の良い連絡方法もしくは回答等につきまして、FAXでご返信下さいますようお願い申し上げます。

☐ ご本人の病状や体調等から情報の入手先ややりとり等についてはご注意ください。							
氏名	様	性別	生年月日	M T S	年	月	日
住所				Tel番号			
区分	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
問 合 せ 内 容	☐ 残薬について ☐ 服薬時間・方法について ☐ 薬の調剤方法について ☐ かかりつけ薬局のお願いについて ☐ サービス担当者会議の開催について ☐ 状況報告 ⇒ ☐ 入院 ☐ 退院 ☐ 入所 ☐ 退所 ☐ 転居 ☐ 死亡 ⇒ _____ 年 _____ 月 _____ 日 ☐ その他						
具 体 的 内 容							
回答内容(返信)							
返 答 内 容	☐ 薬局で対応し返答します(残薬・服薬・調剤方法等) ☐ 主治医へ直接相談して下さい ☐ かかりつけ薬局について ☐ サービス担当者会議へ ☐ 参加できます ☐ 参加できません ☐ 確認しました ☐ その他						
具 体 的 内 容							