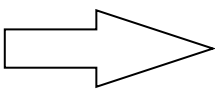
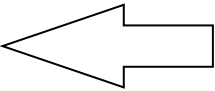


# 薬剤師向け情報連絡票

居宅介護支援事業所  
 その他 ( )

事業所名： \_\_\_\_\_ ( 月 日 ) 薬局名： \_\_\_\_\_  
 担当者： \_\_\_\_\_  担当者： \_\_\_\_\_  
 TEL： \_\_\_\_\_  TEL： \_\_\_\_\_  
 FAX： \_\_\_\_\_ FAX： \_\_\_\_\_  
 ( 月 日 )

お世話になります。

以下、情報を提供します。よろしくお願い申し上げます。

利用者氏名： _____ 様		※該当する□にレを入れてください。 ※適宜余白に詳細をご記入ください。
生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日		
服薬状況	<input type="checkbox"/> 薬が大量に余っている <input type="checkbox"/> 指示通り服薬できない <input type="checkbox"/> 服薬を拒絶している <input type="checkbox"/> その他	
健康状態	身体状況 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> えん下機能低下 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 日中傾眠 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 認知機能	
活動(ADL)	<input type="checkbox"/> 移動 <input type="checkbox"/> その他	
<input type="checkbox"/> その他		

- 確認をお願いします  
 返信をお願いします