

## 薬剤師と介護支援専門員との連絡票

薬局名 及び所在地  電話  薬剤師氏名	⇔	居宅介護支援事業所名 及び所在地  電話  介護支援専門員氏名
-------------------------------------	---	------------------------------------------------

日頃より大変お世話になっています。お忙しいところ誠に恐縮ですが、FAXでご返信賜れば幸いです。

\*本人の同意について

ご本人の同意を得ています。 同意した日 令和 年 月 日

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

本人	氏名		介護度	申請中	区変中	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5	
	住所		認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
	生年月日	明・大・昭 年 月 日生	TEL					
	連絡内容・理由	<input type="checkbox"/> 挨拶 <input type="checkbox"/> 本人の状況の相談・報告 <input type="checkbox"/> ケアプラン作成 <input type="checkbox"/> サービス内容 <input type="checkbox"/> 認定更新 <input type="checkbox"/> 治療方針 <input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 留意事項 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導・在宅訪問服薬管理指導 <input type="checkbox"/> その他: <input type="checkbox"/> サービス担当者会議の依頼 <input type="checkbox"/> その他:						

<本人の照会・相談・報告内容>

いつもお世話になりありがとうございます。

\_\_\_\_\_様の担当のケアマネジャーをさせて頂いております\_\_\_\_\_と申します。

利用者様の状況について、お知らせいたします。

認知及び意思決定指示・理解	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> いくらか困難	<input type="checkbox"/> 判断できない	<input type="checkbox"/> 不明
ADL	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> やや不良	<input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 全介助
手指の機能	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> 不良
視力	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> やや不良	<input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 眼鏡使用
聴力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 見え難い	<input type="checkbox"/> 見えない	<input type="checkbox"/> 補聴器使用
嚥下障害	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 聞こえ難い	<input type="checkbox"/> 聞こえない	<input type="checkbox"/> TPN
義歯装着	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 経管（鼻腔・胃）	<input type="checkbox"/> TPN
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	(問題点: _____)	
服用方法	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> その他 ( _____ )	
	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> その他 ( _____ )	

別紙、居宅薬剤アセスメント表の通り、薬剤アセスメント（問題領域）が出てきております。対応方法の検討をお願いいたします。

令和 年 月 日 氏名

### 薬剤師からの返信

回答内容	<input type="checkbox"/> 電話します（ 月 日 時頃 ご連絡ください） <input type="checkbox"/> 文書・FAX 回答します <input type="checkbox"/> 当薬局で調剤しておりません。わかる範囲で結構ですので、処方内容をお知らせください。 <input type="checkbox"/> お薬手帳・薬剤情報提供書を添付します。 <input type="checkbox"/> サービス担当者会議の依頼 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導・在宅訪問服薬管理指導の算定
------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

いつもお世話になります。何か気になることがあればご連絡を下さい。宜しくお願い致します。

点の問題領域については以下が考えられます。

<input type="checkbox"/> コンプライアンス不良（服薬指導、剤形の再検討） <input type="checkbox"/> 飲み忘れの対処（一包化、剤形の再検討） <input type="checkbox"/> 重複、相互作用の要チェック <input type="checkbox"/> 薬剤によるADL低下の可能性（転倒など） <input type="checkbox"/> 副作用のチェック・再発防止が必要 <input type="checkbox"/> 水分量のチェック <input type="checkbox"/> 処方内容の理解が必要 <input type="checkbox"/> 剤型の要検討 <input type="checkbox"/> 居宅療養薬剤管理指導が必要 <input type="checkbox"/> その他	コメント
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------

上記の通り連絡いたします。 事業所名(薬局名) \_\_\_\_\_

令和 年 月 日 氏名