

伊都薬剤師会 担当	宛
--------------	---

お薬相談シート

医療・介護職関係の皆様が患者様の「お薬」のことで、何か気になったことや困ったこと
(例えば:お薬がたくさん残っている・うまく飲めていない・いつもと違う症状が現れた等)
があればこのシートをご記入の上、まずはサポセン(080-2520-6078)にお電話ください。

申込日	年 月 日	急ぐ場合は○印	至 急	
申込者名 ・ 事業所名		電 話	職 種	
連絡先名		電 話	患者との 関係	
患者・家族等 の同意	あり(氏名:)・なし			
患者氏名				
患者住所		電 話		
生年月日	年 月 日 (歳)	性別	男 ・ 女	
医療機関名		主 治 医		
医療機関名		主 治 医		
医療機関名		主 治 医		
相談内容				

★相談内容によっては、医師と相談の必要が生じますので、又多少時間がかかる場合がありますので、ご了承ください。