お薬相談シート②　　服薬支援ロボ検討依頼用

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・飲み忘れが多い）があれば、このシートに記載の上在宅医療介護連携支援センター宛にメールしてください。

送信先： E-mail：[itosaposen@ito-med.or.jp](mailto:itosaposen@ito-med.or.jp)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込日 | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | |
| 申込者名 |  | 電　　話  連絡のつく |  | | | | | 職種 |  |
| 申込者名  事業所名 |  | | 電　　話 | |  | | | | |
| 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 | | | |  | | |
| かかりつけ薬局 | 無　・　有（　　　　　　　　　　薬局） | | | | | | | | |
| 相談内容： | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |