

FAXの流れ：薬局 ↔ 居宅CM 施設CM 包括

事業者名	
担当者名	
電話番号	
FAX番号	



事業者名	
担当者名	
電話番号	
FAX番号	

報告日： 年 月 日

薬剤師と介護支援専門員のコミュニケーションシート

照会者情報 氏名： 住所： 電話番号： 生年月日： 要介護度：	薬局 <u>居宅CM</u> 施設CM 包括
	事業所名：
	TEL： _____ FAX： _____
	担当者名： _____

- 薬剤の使用状況、症状等 処方内容に関する提案事項 その他
 患者の生活歴等の情報提供依頼 介護支援専門員への質問

につき、ご報告いたしますので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

相談内容

なお、大変お手数をおかけしますが、相談内容についてのお考えをお聞かせいただき、今後の参考とさせていただきたいと存じます。 よろしければ、下記にご記入いただき、返信いただければ幸いです。

返信欄
<input type="checkbox"/> 了承しました <input type="checkbox"/> 下記のように提案、回答します
<div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>
_____年 月 日 氏名

※本用紙をお受け取りになった方は返信欄にコメントいただき、ご返送ください。