**つながるシート**R　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 発信元 | □薬局名(　　　　　　　　　　　　　　)　薬剤師名(　　　　　　　　　　)　FAX(　　　　　　　　　　　　　　　　)□石岡市地域包括支援センター(担当者名　　　　　　　　　　　　　　　)　FAX(　**0299-35-1132**　　)□ケアマネジャー(施設名　　　　　　　　　　　　　　)担当者名(　　　　　　　　　)　FAX(　　　　　　　　　　　　)　□薬剤師会窓口(ライズ調剤薬局石岡店　森田)　　fax**(0299-35-2234**) |
| 発信先 | □薬局名(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)　薬剤師名(　　　　　　　　　　　)　□石岡市地域包括支援センター(担当者名　　　　　　　　　　　　　　　)　□ケアマネジャー(施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)担当者名(　　　　　　　　　　　　　　　　　)　□薬剤師会窓口(ライズ調剤薬局石岡店　森田)　　FAX(**0299-35-2234**)ふりがな |
| 患者 | 氏名　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　男・女　　　歳)　　生年月日(　　　　　　年　　月　　日)**□患者または患者家族の同意あり**介護度：要支援１・２・要介護１・２・３・４・５・申請中・不明 |
| 相談内容（該当あればチェック） | □薬情が欲しい→FAXほしい・受け取りに行きたい(どちらかに〇)□在宅支援をしてほしい。□かかりつけ薬局が在宅支援対応不可で困っている(薬剤師会窓口にFAX) |
| 相談内容（フリー） | □電話による返信もOKです。電話番号(　　　　　　　　　　　)　時間帯(　　　　　　　　　　　　　　) |
| 返答(発信先から発信元への返答) | □薬情対応可(FAX可・受け取りなら可)　　□薬情対応不可□在宅支援可　　　　　　　　　　　　　　　　　　□在宅支援不可 |
|  |

**注意:個人情報の取り扱いになりますので、番号の間違いがないよう、厳重注意してください。シートを直接薬局に持参する場合もありますので、その際はご対応、お願い致します。
お困りの際は薬剤師会窓口にご連絡ください。(0299-35-2233ライズ調剤薬局石岡店)**