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)
患者	ふりがな 氏名（　　男・女　　歳）　生年月日(　　年　月　日) 介護度:要支援1・2・要介護1・2・3・4・5・申請中・不明 **□患者または患者家族の同意あり**
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)